

**APLICACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO (MECI) EN
LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SANTA ANA DEL MUNICIPIO DE
SANTA ANA, MAGDALENA**

**HELDER DE JESÚS DELGADO RODERO
LAURA MERCEDES TORRES TORRES**

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO, SUCRE**

2013

**APLICACIÓN DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO (MECI) EN
LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SANTA ANA DEL MUNICIPIO DE
SANTA ANA, MAGDALENA**

**HELDER DE JESÚS DELGADO RODERO
LAURA MERCEDES TORRES TORRES**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de
la Calidad y Auditoria en Salud**

Asesores

Dr. GERMAN ARRIETA BERNATT, MG.

Dra. CILIA YANETH GOMEZ C., MG.

**CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO, SUCRE**

2013

NOTA DE ACEPTACION

Director

Evaluador 1

Evaluador 1

Sincelejo, 18 de noviembre de 2013

DEDICATORIA

A mi madre Catalina María Rodero de Delgado, por sus consejos que me han hecho superar y luchar contra las adversidades de la vida, erigiéndome como un hombre de bien para la sociedad. Gracias a Mami por su respaldo económico, porque sin ella no hubiese podido lograr esta meta en mi vida.

A mi padre Oscar Guillermo Delgado Núñez (Q.E.P.D), por ser el gran gestor de la gran familia que somos. Hoy tus sueños se han hecho realidad porque tus hijos siguieron tu luz que los iluminó para ser profesionales.

A mi esposa Omaira del Carmen Mancera Cudriz, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mis Hijos Luisa Fernanda, Helder Jafeth y Oscar José, por ese amor que me da la fuerza para seguir adelante.

A mis hermanos Lina Esther, Oscar Guillermo, Edwin Javier y Kathia Margarita, por motivarme a seguir adelante.

Helder de Jesús Delgado Rodero

A Dios por las bendiciones recibidas al permitirme culminar con la meta propuesta, a él mi infinita gratitud.

A mis padres, hermanos y sobrinas, por todo el amor y motivación.

A mi esposo Jorge Yépez, por su apoyo y acompañamiento incondicional.

Laura Mercedes Torres Torres

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, el entendimiento, la ciencia y la sabiduría; por habernos permitido hoy alcanzar nuestras proyecciones profesionales.

A la Universidad CECAR, programa de postgrado, por formarnos como personas integra y prestantes a la sociedad.

A los Doctores. Germán Arrieta Bernate y Cilia Yaneth Gómez, por sus valiosas asesorías.

A la Dra. Beronica Narváez, Directora del centro de postgrado de CECAR, por sus orientaciones y consejos que nos llevaron a lograr esta meta.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	17
4. MARCO DE REFERENCIA:	18
5. MARCO HISTORICO	20
6. MARCO TEORICO	22
7. MARCO CONCEPTUAL	30
8. MARCO CONTEXTUAL	32
9. MARCO LEGAL	36
10. METODOLOGIA	40
11. RECOMENDACIONES	42
12. CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estructura del modelo de control interno _____	23
Ilustración 2 Evaluacion ESE Hospital Local Nuestra Señora de Santa Ana _____	46
Ilustración 3 cuestionario aplicado al gerente de la institución. _____	47

RESUMEN

El nivel de control interno para el estado colombiano proporciona el marco básico para la evaluación de los mecanismos de estrategia, gestión y evaluación propios procesos administrativos, e incluso promueve una estructura uniforme se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y los servicios que proporcionan.

La responsabilidad de un buen control interno recae en el liderazgo y la gestión de lo público, ya que proporciona enrutamiento, la política, la aprobación y la supervisión, pero todos los servidores públicos juegan un papel importante en la eficacia del control interno, de allí que debe conocer sus responsabilidades y los límites de la autoridad, y siempre que haya una afinidad clara entre los deberes de los servidores públicos, la forma en que se materializa su eficiencia y el cumplimiento de los objetivos perseguidos por la entidad.

Una auditoría realizada por el grupo responsable de este tipo de papel, el 7 de septiembre de 2013 a las instalaciones de la Empresa Social del Estado hospital Nuestra Señora de Santa Ana, identificado como problema relevante de los procesos de gestión de la debilidad, la falta de directrices para la aplicación del estándar de Control Interno MECI Manual y la falta de desarrollo de políticas relacionadas con la gestión del talento humano. En el plano administrativo tienen deficiencias en la definición de los procesos y funciones, y se está convirtiendo en el sistema de información. Implementar dentro de la Empresa Social del Estado hospital Nuestra Señora de Santa Ana, una cultura que nos permite establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos, procesos y mecanismos de prevención y control, que apunta a mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

PALABRAS CLAVE: control, gestión, autocontrol, procesos, procedimientos, auditorías, planeación, ciclo PHVA, implementación, calidad, funciones.

ABSTRACT

The standard of internal control for the Colombian state provides the basic framework for evaluating the strategy, management and evaluation mechanisms own administrative processes, and even promotes a uniform structure is adapted to the specific needs of each entity, its objectives, structure, size, processes and services that provide.

The responsibility of a good internal control lies with the leadership and management of the public, as she provides routing, policy, approval and supervision, but all public servants play an important role in the effectiveness of internal control, from there you should know their responsibilities and limits of authority, and provided there is a clear affinity between the duties of public servants, the way it materializes its efficiency and compliance of the objectives sought by the entity.

An audit by the group responsible for this paper grade, on September 7, 2013 at the premises of the state social enterprise local hospital Our Lady of St. Anne, identified as relevant problem of weak management processes, the lack of guidelines for the implementation of the internal control standard manual MECI and lack of policy development related to the management of human talent. At the administrative level, have shortcomings in the definition of the processes and functions, and the information system is emerging. Implement within the state social enterprise local hospital Our Lady of Santa Ana, a culture that allows us to establish actions, policies, methods, procedures, processes and mechanisms to prevent and control, which aims for improving the quality of health services it being provided.

KEYWORDS: control, management, self-control, processes, procedures, audits, planning, PDCA cycle, implementation, quality, functions.

INTRODUCCION

Durante la última década se ha incrementado la necesidad de contar con sistemas de gestión que aumenten la satisfacción de los clientes, busquen una mayor sostenibilidad en el tiempo y, por ende, mejoren su imagen; sin embargo, es en el último lustro cuando la calidad se convierte en un tema prioritario en la agenda de gobierno en consonancia con el programa de modernización del estado, el cual busca que al interior de las entidades se desarrollen procesos transversales con criterios de eficiencia y calidad.

Para calificar cuantitativamente la calidad de atención que prestan los hospitales latinoamericanos, los investigadores construyeron un índice de calidad a partir de varios indicadores, entre los cuales se encuentran los de seguridad del paciente, calidad del talento humano, gestión del conocimiento, eficiencia y prestigio.

Allí es cuando se cuestiona la calidad en la prestación de los servicios de salud en nuestro país en cuanto a la aplicación adecuada de la normatividad como lo es el modelo estándar de control interno (MECI), lo anterior permite evidenciar que la calidad en los servicios de salud se ha visto deteriorada en la mayoría de Instituciones de salud de Colombia, esto atribuido al desinterés de los profesionales de la salud, dirigentes de estas Instituciones y EPS- Empresas promotoras de salud en obtener, actualizar, evaluar y mejorar los conocimientos con respecto a la implementación del modelo estándar de control interno.

El modelo estándar de control interno para el estado colombiano (MECI) proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación de procesos administrativos, y aunque promueve una estructura uniforme se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.(DAFP,2010,P12)

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales del estado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La Empresa social del estado (E.S.E) Hospital local Nuestra Señora de Santa Ana, del municipio de Santa Ana, Magdalena presenta en la actualidad debilidades en su proceso gerencial y en el cumplimiento de las estrategias para el logro de objetivos, los cuales son determinantes en el cumplimiento de su misión.

La auditoría realizada por el grupo responsable de este trabajo de grado, el día 07 de septiembre de 2013 a las instalaciones de la empresa social del estado hospital local nuestra señora de santa Ana, permitió identificar como problema relevante la debilidad de los procesos gerenciales, la falta de lineamientos para la implementación del manual estándar de control interno MECI y la falta de desarrollo de políticas relacionadas con la administración del talento humano. A nivel administrativo, presenta falencias en la definición de los procesos y las funciones, además el sistema de información es incipiente.

Los procesos se hallan documentados sin embargo no se encuentra evidencia de que estos hayan sido socializados, los trabajadores desconocen sus responsabilidades frente a un sistema integrado de gestión y control que permita tener como fin la creación de una cultura organizacional en el control de cada uno de los procesos desarrollados en la entidad.

La empresa social del estado hospital local nuestra señora de Santa Ana ha adoptado algunas de las guías de manejo expedidas por el ministerio de salud, las cuales guardan pertinencia y están enfocadas hacia el logro de los objetivos, sin embargo al permanecer archivadas y no ser difundidas no garantiza que las acciones que desarrolle el personal asistencial se orienten hacia la mejora de los resultados. El sistema obligatorio de garantía de la calidad centra sus acciones en el usuario, esto implica que se deban llevar a cabo acciones sistemáticas que prevengan o

resuelvan oportunamente situaciones que puedan afectar la atención en salud y el logro de mayores beneficios con los menores riesgos.

Si bien es cierto que la institución cuenta con una estructura orgánica que le permitiría cumplir con sus objetivos estratégicos, los procesos y procedimientos no se dirigen al cumplimiento de la misión, por ejemplo plantear que brindan servicios de alta calidad y expresar que los pacientes no serían remitidos a una E.S.E ,de mayor complejidad contrasta con la realidad de las repetidas remisiones de pacientes con cuadros clínicos que podrían ser atendidos en la entidad pero que por falta de insumos y/o dispositivos médicos no se les puede brindar la atención.

En cuanto al análisis de los objetivos, existe en la entidad un objetivo general al que deben orientar todos los esfuerzos el cual se haya relacionado con la visión institucional, sin embargo las estrategias adoptadas para su consecución deben ser fortalecidas especialmente en los procesos gerenciales y administrativos, en la consolidación de una oferta de servicios y el mejoramiento continuo de la calidad.

A esta problemática que vive actualmente la institución objeto de estudio se suma la ausencia de un jefe de control interno, quien podría ejercer el control de controles y quien velaría por la puesta en marcha y ejecución del MECI, estableciendo una estructura básica de control, coadyuvando en el cumplimiento de los objetivos, al tiempo que unifica criterios de control en el estado.

1.2 Formulación del problema

¿El análisis de la problemática presentada en la Empresa social del estado hospital local nuestra señora de Santa Ana a la luz del modelo estándar de control interno (MECI) contribuye a generar una cultura de la calidad en la prestación de servicios de salud?

2. JUSTIFICACIÓN

El modelo estándar de control interno que se establece para las entidades del estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades públicas, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines del estado.

Para ello, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora.

La orientación de este Modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un Sistema conformado por procesos, así como su combinación e interacción.

Este trabajo es de importancia para la E.S.E Hospital Nuestra Señora Santa Ana, porque puede ser de gran ayuda para la búsqueda de posibles soluciones a la situación problemática que presenta en la actualidad, debido que descubre las falencias y también permite la posible corrección de las mismas.

El proyecto está soportado en la Ley 87 de noviembre 29 de 1993, que orienta todo el accionar de las empresas del estado, tratando de buscar una mejor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios que brinde.

Los hallazgos y recomendaciones podrán constituirse en planes de mejoramiento para la empresa con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos generales

Implementar dentro de la empresa social del estado hospital local nuestra señora de Santa Ana, una cultura que nos permita establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos, procesos y mecanismos de prevención y control, que propenda por el mejoramiento de la calidad de servicios de salud que se presta en ella.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar procesos y procedimientos tanto administrativos como asistenciales y su relación con la plataforma estratégica..
- Relacionar objetivos estratégicos con procesos administrativos y asistenciales para obtener información relacionada con la gestión actual de la empresa.
- Socializar los resultados obtenidos a la luz del modelo estándar de control interno (MECI) de la empresa.

4. MARCO DE REFERENCIA

Este trabajo de grado denominado “Aplicación del modelo estándar de control interno (MECI) en la E.S.E. hospital nuestra señora de Santa Ana del municipio de Santa Ana, magdalena” está referido específicamente a la ESE hospital Local nuestra señora de santa Ana.

Uno de los primeros trabajos revisados para la realización de este trabajo de grado fue el realizado por Cárdenas Mapura “Evaluación del impacto del modelo estándar de control interno (MECI) como herramienta de gestión para algunas entidades públicas de la ciudad de Palmira”(cárdenas Purpura,2010, P1).

En el estudio realizado por cárdenas se plantean los siguientes resultados

El estudio de caso realizado, determinó la existencia de deficiencias en la implementación del MECI en algunas áreas, las mismas que afectan la gestión, por lo que se debe comprender a fondo el por qué y el para qué de su implementación para garantizar coordinación de acciones de manera intencional, consciente y efectiva al definir los flujos de información y comunicación que permita a los servidores públicos anticipar y corregir de manera oportuna las debilidades que se presentan en su quehacer dentro de la entidad. Entendiendo que los servidores públicos son quienes hacen del Control Interno una realidad, pues a través de sus acciones se concreta el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

Los funcionarios hacen que el Control Interno logre un buen resultado en términos de la búsqueda de los propósitos de la entidad.

La responsabilidad de un buen Control Interno le corresponde a la dirección y a la gerencia de la entidad pública, ya que ella proporciona direccionamiento, políticas, aprobación y supervisión; sin embargo todos los servidores públicos juegan un papel muy importante en la efectividad del Control Interno, de allí que debe conocer sus responsabilidades y sus límites de autoridad, debiendo existir una afinidad clara entre los deberes de los servidores públicos, la forma como se materializa su eficiencia y el cumplimiento de los objetivos que pretende la entidad. Esto implica generar condiciones para promover equipos de alto desempeño, entendiendo que el aprendizaje en equipo implica generar valor al trabajo y más adaptabilidad al cambio con una amplia visión hacia la innovación. Para desarrollar la implementación del MECI en un clima organizacional favorable se deben realizar las acciones necesarias para mejorar aspectos tales como la inducción, Re inducción, plan de incentivos y estímulos, aspectos fundamentales para fortalecer el compromiso y la cultura del autocontrol y autoevaluación necesarias para el funcionamiento adecuado de los sistemas. (p 318).

5. MARCO HISTÓRICO

En la Constitución de 1991, los artículos 209 y 269 establecen que la administración pública en todas las entidades estatales deberá ejecutar métodos y procedimientos de control interno, así como el diseño y organización de sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública. El artículo 267 de la constitución política le asigna a las contralorías la finalidad de vigilar y evaluar la gestión fiscal del Estado y de los particulares o entidades que manejan fondos o bienes de la Nación.

A través de las leyes 42, 80 y 87 de 1993, se dota a los organismos y entidades del Estado lineamientos claros sobre implementación y desarrollo del Sistema de Control Interno, generando un mecanismo para evaluar la calidad, el nivel de confianza, la eficiencia y la eficacia del Sistema de Control Interno del Estado, como también cambiando su concepción de mecanismo de inspección, vigilancia y sanción al de instrumento gerencial.

En la lucha contra la corrupción (1995) se articula el control social ejercido a través de las quejas y reclamos de los usuarios de la administración y el Control Interno asignándole a las Oficinas de Control Interno el deber de vigilar y atender adecuadamente las solicitudes de los ciudadanos.

La normatividad sobre control interno a partir del año 2001 dio mayor contenido técnico con el fin de proporcionar el desarrollo de estrategias institucionales para la implementación integral del Sistema de Control Interno.

El 27 de noviembre de 2001 se reglamenta la rendición de cuentas y determina a las entidades obligadas anexar a la cuenta fiscal el informe sobre el Sistema de Control Interno y el contenido del mismo.

En 2002 se expide la ley 734 “Nuevo Código Disciplinario Único”, en el que se contempla como deber de todos los servidores públicos adoptar el Sistema de Control Interno y función independiente de auditoría interna.

En diciembre de 2003 se expide la ley 872 la cual crea el Sistema de Gestión de la Calidad como herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social.

El Decreto 1599 de 2005, Colombia adopta el Modelo Estándar de Control Interno “MECI” en donde se introducen elementos de gestión modernos basados en estándares internacionales de control interno de probada validez y determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades obligadas.

En la Presentación de estos sucesos históricos se observa el avance que han tenido los Sistemas de control interno en Colombia. Se nota que el estado a través del tiempo ha implementado controles para disminuir la corrupción y permitir introducir al servidor y al ciudadano en una cultura gerencial de transparencia y eficiencia donde las instituciones públicas cumplan su función en beneficio general y no particular.

6. MARCO TEÓRICO

El modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 1000-2005 proporciona la estructura básica para la evaluación de la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, proceso y servicios que suministran.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines del estado, para lo cual se estructura en tres grandes sistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control:

Sistema de control estratégico: agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan a la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas.

Sistema de control de gestión: reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información, y medios de comunicación.

Sistema de control de evaluación: agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

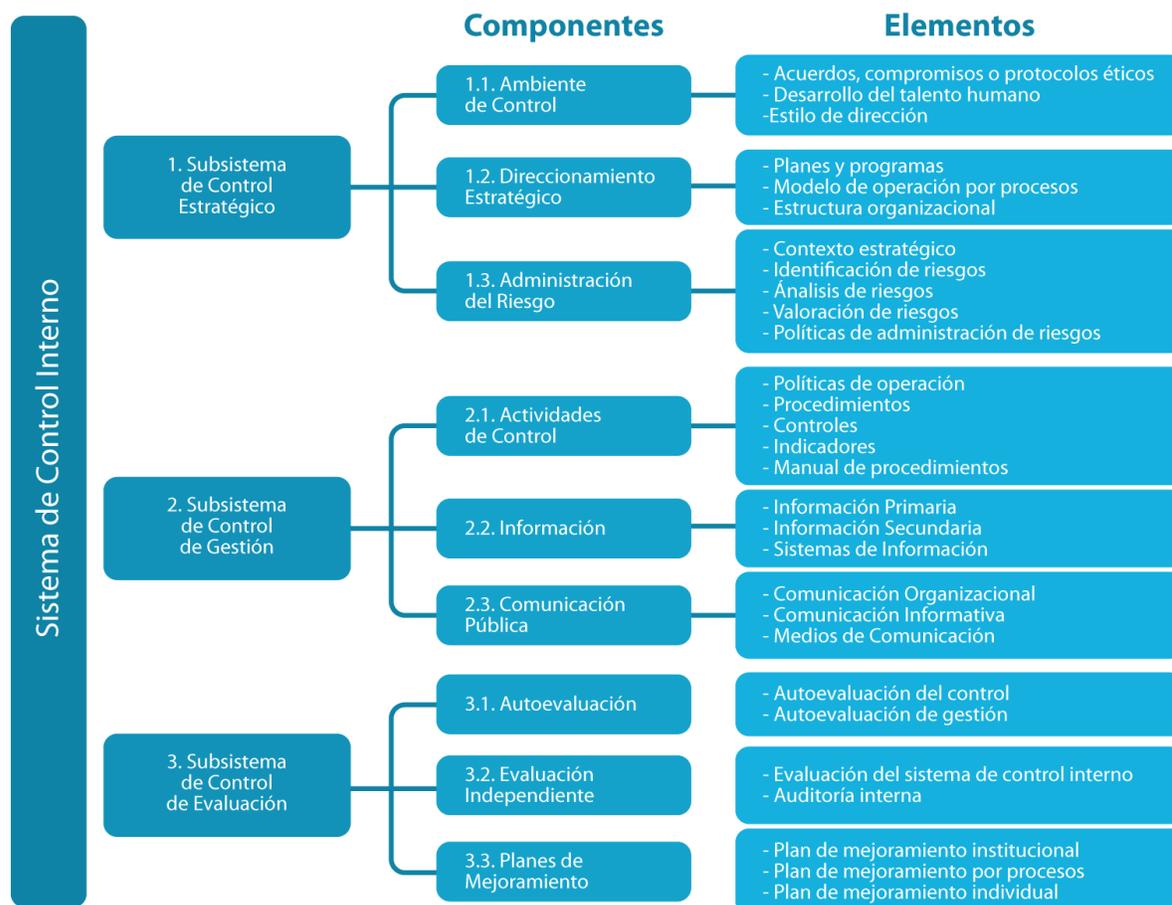


Ilustración 1 estructura del modelo de control interno

Antes de aplicar una reingeniería al sistema de control de las entidades de servicios de salud, estas entidades no contaban con planes estratégicos, planes de inversiones, documentos normativos internos, manuales de procedimientos, estándares de servicios y otros indicadores, lo que no facilitaba medir y evaluar adecuadamente la gestión de este modelo empresarial. El control de haber sido tomado como una actividad obstructiva, pasa a formar parte de la infraestructura de las entidades, el personal comprende la labor, se comienza a comprender al control como parte integrante y culminante de la gestión empresarial, todo lo cual viene llevando a las empresas de servicios múltiples a un verdadero desarrollo en un mundo competitivo y globalizado.

El Control Interno es un sistema por el cual se da efecto a la administración de una entidad económica. Desde esta perspectiva, el término administración se emplea para designar el conjunto de actividades necesarias para lograr el objeto de la entidad económica y abarca las actividades de dirección, financiamiento, promoción, distribución y consumo de una empresa, sus relaciones públicas y privadas y la vigilancia general sobre su patrimonio y sobre aquellos de quien depende su conservación y crecimiento.

Implementación del modelo estándar de control interno.

Para la implementación del modelo estándar del control interno (MECI) de conformidad con lo establecido en el decreto 1599 de 2005, se deben determinar criterios claros y precisos para cada uno de los participantes del proyecto:

Compromiso de la alta Dirección: La alta gerencia de la empresa debe visualizar la herramienta gerencial como un mecanismo de autoprotección que le permitirá cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada la empresa. Por lo tanto, la decisión de implementar el sistema de control interno, debe ser consecuencia del pleno convencimiento de la primera autoridad y de todos los servidores.

Conocimiento del modelo de control interno: La sensibilización constante de todos los servidores públicos debe ser una actividad permanente al proceso de implementación y mantenimiento, así como la capacitación al equipo MECI en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el modelo en las entidades.

Mantenimiento y mejora del modelo: Es necesario que durante la implementación de establezcan políticas operativas y metodológicas que propendan por el mantenimiento del Sistema, acompañadas de la interiorización de una cultura orientada hacia el control y la calidad, materializada en la adopción y ejecución de comportamientos y disciplinas por parte del nivel directivo y servidores de la entidad que alienten por el mejoramiento continuo de cada uno de los elementos del modelo.

El punto de partida para la implementación y mantenimiento del modelo es el instrumento de evaluación de la implementación del MECI, mediante el cual se determina el estado actual de la entidad frente a los estándares definidos.

Una vez se ha realizado este análisis, se deben desarrollar las siguientes etapas:

Etapas 1: planeación del diseño e implementación del modelo.

Etapas 2: implementación del modelo estándar de control interno MECI.

Etapas 3: evaluación a la implementación del modelo.

Etapas 4: elaboración del Nomograma.

7. MARCO CONCEPTUAL

El control interno: se define ampliamente como un proceso realizado por el consejo de directores, administradores y otro personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable mirando el cumplimiento de objetivos en las siguientes categorías: eficiencia, eficacia y efectividad de las operaciones, confiabilidad de la información financiera, cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables. Esta definición aunque amplia permite centrarse en los objetivos específicos de la entidad.

Autocontrol: Es la capacidad de cada funcionario, independiente de su nivel jerárquico, para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos y mejoras y pedir ayuda cuando lo considere necesario; de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz, en procura del cumplimiento de los objetivos de la entidad y de los fines esenciales del Estado.

Todas estas definiciones coinciden en que el sistema es un conjunto de actividades interrelacionadas que apuntan a un propósito. Es por esto que la estructura del MECI está organizada como sistema donde todos sus componentes van entrelazados y ordenados con la finalidad de proyectar, dilucidar y facilitar los procesos y procedimientos de una organización que los dirija hacia la obtención de los objetivos de su función pública. Las organizaciones funcionan como sistemas al integrar y combinar entre sí lo técnico, tecnológico, los procesos y los materiales con lo humano, y a la vez generar relaciones permanentes entre los objetivos, entorno y recursos.

Sistema de gestión: Un Sistema de Gestión es un conjunto de etapas unidas en un proceso continuo que permite trabajar ordenadamente una idea hasta lograr mejoras y su continuidad. “Se establecen cuatro etapas en este proceso, que hacen de este sistema, un proceso circular virtuoso,

pues en la medida que el ciclo se repita recurrente y recursivamente, se logrará en cada ciclo, obtener una mejora”(Vergara, 2009, P134).

Cultura organizacional: La cultura organizacional es un esquema de referencia para patrones de información, comportamiento y actitudes que compartimos con otros en el trabajo y que determinan el grado de adaptación laboral; en esta medida representan un aprendizaje continuo en el cual la cultura organizacional se enriquece con los aportes de los individuos, se perpetúa a través de ellos a las vez que las personas enriquecen sus otros entornos.

Estructura organizacional: La estructura se define como el sistema de relaciones recíprocas que establecen las personas en la ejecución de actividades determinadas por los cargos formalizados en el organigrama, determina el tamaño de cada unidad de trabajo identifica y normaliza funciones, procesos y procedimientos, la dinámica en las relaciones de poder y autoridad, por la centralización y/o descentralización, así como parámetros de coordinación y comunicación. La estructura está sujeta al cambio por la influencia de variables externas como la tecnología y otras del entorno que condicionan la estrategia de la organización.

8. MARCO CONTEXTUAL

El presente Trabajo de Grado, se elaboró y se implementará, en las instalaciones de la Empresa Social del Estado (E.S.E) HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA SANTA ANA.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora SANTA ANA, inicialmente fue fundado como Puesto de Salud en el año de 1942, pero solo hasta el año 1951, fue reconocido como tal. Posteriormente en el año 1954, pasó a ser Centro de Salud y en enero de 1989, mediante Resolución 159, fue promovido a la categoría de Hospital Local.

La Gobernación del Magdalena durante la Administración del Dr. Jorge Luís Caballero Caballero, mediante el Decreto N°179 de 1996, lo transforma en Empresa Social del Estado, logrando su organización completa como Hospital de Primer Nivel de Complejidad.

Actualmente la E.S.E. Hospital Local Nuestra Señora SANTA ANA depende de la Secretaría de Desarrollo de La Salud, tiene presupuesto propio y autonomía administrativa, ósea que esta descentralizada, vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud y los órganos que ejercen el control fiscal y Disciplinario. La E.S. E. se Encuentra ubicada en la cabecera Municipal de Santa Ana Magdalena en la carrera 6 No 1ª -14.

Como institución prestadora de servicios de salud Pertenece al primer nivel de complejidad. Su red asistencial cuenta con cuatro centros de salud, localizados en los corregimientos de San Fernando, Barro Blanco, Jaraba y Santa Rosa. Vende los servicios

de Consulta Externa, Urgencia, Odontología, Bacteriología, Hospitalización, sala de parto, Enfermería, Rayos, X, Fisioterapia, Saneamiento ambiental, Citologías, Ecografía, Almacén, Trabajo Social, Vacunación, ambulancia y estadística.

La empresa cuenta con 22 camas en el servicio de Hospitalización, que cumple con la media latinoamericana de aproximadamente una cama por cada 1000 habitantes. Los demás servicios cuentan con una dotación adecuada para cumplir sus compromisos contractuales con las EPS del régimen Subsidiado, el Régimen Contributivo, vinculados y particulares. Su área de influencia abarca algunos municipios vecinos.

Su planta de personal está integrada por 78 funcionarios. De estos, 47 integran la nómina dentro del Plan de cargos, el resto están vinculados en calidad de contratistas.

De estos 78 funcionarios, el 38.4 % corresponden a la parte administrativa, que no concuerda con la media latinoamericana que es hasta un máximo de 20 %, según estudio del Banco Mundial.

Identidad empresarial de la ese hospital local nuestra señora de santa Ana

Somos una empresa social del Estado descentralizada, del orden municipal, la cual presta servicios de salud, fundamentados en la búsqueda permanente de la calidad, articulada a una tecnología apropiada y dirigida a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Nos regiremos por los modelos de contratación y tarifas establecidos para el sector, generando niveles de rentabilidad económica y social

Plataforma estratégica

Misión: Brindar atención en salud del primer nivel de complejidad, de manera integral, a todo el municipio de Santa Ana y poblaciones vecinas, con criterios de calidad, eficiencia, oportunidad y equidad; mediante el uso racionalizado de nuestros recursos físicos, financiero y humano.

Visión: Posicionarnos como la mejor IPS de primer nivel del municipio, la región y del departamento, mediante levantamiento, documentación, mejoramiento, aprobación, estandarización y aplicación de procesos, lo cual nos permitiría día a día brindar servicios de alta calidad y confiabilidad; lo que nos garantizará sostenibilidad en el tiempo y mayor generación de ingresos, para seguir desarrollando nuestro recurso humano y tecnológico, ampliar nuestro portafolio y transformarnos en la primera IPS de segundo nivel de nuestro municipio.

Objetivos institucionales:

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria, que apoyen la gestión empresarial del Hospital.

Buscar el apalancamiento financiero en aras de asegurar la sobrevivencia, ante la falta de liquidez que generan dificultades permanentes. }

Mirar las cosas fundamentales: ¿Cuál es el perfil Financiero? y ¿Cuál es la composición de los ingresos?

Planear cuánto va a llegar a través del Municipio por transferencias, los contratos a realizar con EPS, e identificar otros posibles clientes.

Adaptarse al entorno de la Ley 100 de 1993 y demás normas vigentes, con base en liderazgo, el cambio de cultura de los empleados, la utilización de las herramientas de Gestión, y el uso de mecanismos financieros y de apalancamiento.

9. MARCO LEGAL

Esta investigación se apoya en los siguientes fundamentos legales:

LEY 87 DE 1993:

Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

LEY 489 DE 1998

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 152 DE 1994

Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Disposiciones legales sectoriales:

Salud y seguridad social: •Ley 790 de 2002 (artículo 5º) fusionó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, conformando el Ministerio de la Protección Social.

Decreto 205 de 2003: Crea el Ministerio de Protección Social como director del sector de Seguridad social, protección social y del país. Este ministerio tiene como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social

Ley 10 de 1990: Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud, descentralizó la prestación de servicios en el primer nivel en los Municipios, donde se incluye la prevención de la enfermedad.

Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Plan de gobierno departamental ley 1438 de 2011 (19 de enero): Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Ley 1122 de 2007 (09 de enero): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la

prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Decreto 1011 de 2006 (3 Abril 2006): 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.

Ley 715 de 2001 (Diciembre 21): Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos.

Disposiciones Constitucionales: En la Constitución Política de 1991 se encuentran una serie de artículos que hacen mención expresa a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad como los siguientes: Artículo 13

10. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo de grado, la metodología se afrontó desde métodos cualitativos asentados en visitas de auditoria, revisiones documentales, e indagaciones como instrumento se aplicaron listas de chequeo, cuestionario de seguimiento a la implementación del MECI, instrumento para la verificación de estándares de habilitación.

Se encontró que la implementación del MECI como herramienta de gestión en esta entidad no revela un impacto significativo, debido a que no se realiza un proceso de sensibilización ni apropiación de esta herramienta de gestión oportuna y adecuada, propiciando en la entidad una cultura organizacional de aparente cumplimiento a las normas del estado colombiano sin hacer estos procesos realmente en la entidad.

El enfoque metodológico permite integrar tres procesos: Comprender la situación social de una población, revelando los problemas económicos, políticos y culturales.

Con el problema claro se actúa para solucionar dichos problemas; la población participa no como objeto sino como sujeto de transformación de la realidad. Además permite hacer un análisis de la situación que vive la entidad objeto de estudio.

Tipo de investigación: El tipo de investigación escogida fue la investigación acción participativa (I.A.P.), porque permite la actuación de varios actores en el proceso, propendiendo por la posible solución de una situación problemática.

Población y muestra: La población seleccionada es la comunidad de la E.S.E Hospital Nuestra Señora Santa Ana del municipio de Santa Ana, Magdalena.

Muestra: Debido que el universo es finito se tomara como muestra toda la población que labora en la E.S.E en estudio que suma en total 47 funcionarios.

11. RECOMENDACIONES

Fortalecer los procesos gerenciales y administrativos mediante implementación de políticas, herramientas y estrategias como la implementación del modelo estándar de control interno MECI.

Garantizar el compromiso permanente de la gerencia hacia la implementación y mantenimiento del modelo en la entidad a través de formulación de políticas de operación y comunicación.

Establecer estrategias que orienten al cliente interno y externo hacia el cumplimiento de la visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas tales como capacitación continua, evaluación constante de la adherencia y promoción de la cultura de la calidad.

Garantizar la fluidez y veracidad de la información a través de la implementación de un sistema de información eficiente.

Establecer un mecanismo que garantice la verificación y evaluación constante del cumplimiento de cada uno de los procesos.

Sensibilizar a todos los funcionarios de la entidad de manera permanente en la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el modelo estándar de control interno.

12. CONCLUSIONES

Es muy importante tener presente que los cambios en la cultura organizacional son relativamente lentos y que no se logran por la simple expedición de actos administrativos que demanden nuevas actitudes y prácticas de los servidores públicos.

Los cambios requieren de procesos de maduración y consolidación, en donde confluyen múltiples acciones que los viabilicen a través de la toma de decisiones, la apropiación y construcción cotidiana de nuevas formas de realizar el trabajo orientado por los postulados del MECI.

Compromiso de la Dirección con la implementación y aplicación del MECI como un factor muy decisivo para que la E.S.E Hospital Local Nuestra Señora Santa Ana sea exitosa. La Dirección debe ser el promotor y orientador del proceso para que se comprometan los demás miembros de la planta de personal.

En este proceso de aplicación del MECI, se deben involucrar de manera decidida y amplia a todos los servidores públicos de la entidad, sin distinción de niveles de cargo o forma de vinculación laboral, lo cual requiere de la creación de espacios de aprendizaje que conduzcan a la sostenibilidad de los avances logrados.

El proceso de aplicación del MECI demanda acciones en el corto, mediano y largo plazo que logren identificarse con los objetivos de la Gestión en la entidad, en la consecución de los objetivos institucionales.

Es indispensable que los avances, actividades, evaluaciones y resultados del proceso de aplicación del MECI sean informados permanente y oportunamente a todos los trabajadores de la salud haciéndolos además partícipes y corresponsables de la buena marcha del proceso.

Se requiere que las entidades diseñen estructuras más flexibles a las transformaciones e aplicación del MECI, para que este cambio se produzca como consecuencia del aprendizaje de sus miembros. Esto implica generar condiciones para promover equipos de alto desempeño, entendiendo que el aprendizaje en equipo implica generar valor al trabajo y más adaptabilidad al cambio con una amplia visión hacia la innovación.

Para desarrollar la aplicación del MECI en un ambiente organizacional favorable se deben realizar las acciones necesarias para mejorar aspectos negativos mediante la cultura del autocontrol y autoevaluación necesarias para el funcionamiento adecuado de las empresas.

El proceso investigativo realizado, determinó la existencia de deficiencias en la aplicación del MECI en todas las áreas, las mismas que afectan la gestión, por lo que se debe comprender a fondo el por qué y el para qué de su aplicación para garantizar la coordinación de acciones de manera intencional, consciente y efectiva al definir los flujos de información y comunicación que permita a los servidores públicos anticipar y corregir de manera oportuna las debilidades que se presentan en su quehacer dentro de la entidad.

Entendiendo que los servidores públicos son quienes hacen del Control Interno una realidad, pues a través de sus acciones se concreta el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad pública.

Los funcionarios hacen que el Control Interno logre un buen resultado en términos de la búsqueda de los propósitos de la entidad. La responsabilidad de un buen Control Interno le corresponde a la dirección y a la gerencia de la entidad pública, ya que ella proporciona direccionamiento, políticas, aprobación y supervisión.

Los servidores públicos juegan un papel muy importante en la efectividad del Control Interno, de allí que deben conocer sus responsabilidades y sus límites de autoridad, debiendo existir una afinidad clara entre los deberes de los servidores públicos, la forma como se materializa su eficiencia y el cumplimiento de los objetivos que pretende la entidad.

Para que la aplicación del MECI se establezca de manera efectiva deben darse varios factores:

Hacerse una clara visión de lo que se desea obtener en la entidad con la aplicación del MECI, más allá que el cumplimiento de un requisito,

El despliegue simultáneo pero armonizado y sistémico de todos o varios de estos sistemas de mejoramiento institucional.

Un fuerte y decidido apoyo de la gerencia, lo cual implica el empoderamiento de los servidores públicos que lideran estos proceso en cada entidad.

Adelantar el proceso con la vinculación decidida y directa de los servidores públicos de cada organización, lo cual se logra mediante el fortalecimiento de la cultura organizacional del mejoramiento. Esto incluye incorporar las metas e indicadores del proceso de implementación a diversos instrumentos e instancias de evaluación institucional e individual tales como: Planes de mejoramiento (institucionales, por áreas e individuales, acuerdos de gestión para la cualificación de la gestión de directivos y la concertación de objetivos para la evaluación de funcionarios.

Con respecto al MECI como herramienta de gestión, al analizar su estructura y los modelos que se tomaron como base para su diseño; se observa que es un modelo que ayuda a las entidades a realizar diagnósticos de sus procesos fundamentales, organizar sus procesos para tomar medidas que lleven al mejoramiento continuo, donde el funcionario aprenda a realizar seguimiento y evaluación (autocontrol y autoevaluación) de su quehacer y sin temor identifiquen

aciertos y desaciertos con la intención de corregir y perfeccionar sus funciones dirigidas a lograr las metas institucionales.

El impacto de la aplicación del MECI en esta entidad según los resultados de la Auditoría, no fue lo suficientemente significativo, debido, a las falencias en las etapas de su implementación y al desconocimientos de las mismas, aunque algunos funcionarios reconozcan varios cambios importantes desde la aplicación de este modelo; otros lo asumen como un requisito que hay que cumplir, porque lo ven sólo como una herramienta que obliga a diligenciar muchos formatos por cada actividad que se realice, haciendo los procesos más lentos.

Se observó que faltó más compromiso y disposición tanto de las directivas como de los demás funcionarios para que desde la primera etapa se hubiera erradicado la concepción de obligatoriedad para ser percibido y aceptado como un modelo útil para su entidad.

El MECI es una herramienta de gestión útil para las entidades públicas, solo se requiere de un cambio de cultura organizacional que incluya llenar vacíos y resolver dificultades encontradas en el diagnóstico de la entidad cuando se desarrolla la primera etapa de este proceso, al igual en el ejercicio de formulación de los compromisos, los cuales debe contener criterios claros y precisos para cada participante en la implementación de esta herramienta y proporcionar el objetivo de cambio que requiere la empresa social del Estado.

I. INFORMACION GENERAL			
RAZON SOCIAL: ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA DE SANTA ANA.			
NIT:	819000626 -1	CODIGO DE HABILITACION	4770700019
DIRECCION:	carrera 6 No 1ª -14		TELEFONO:6837018
E-MAIL:	esesantana47@hotmail.com		
MUNICIPIO	SANTA ANA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
No DE EPS CONTRATOS	4	NATURALEZA	PUBLICA

II.SERVICIOS HABITADOS
URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, TOMA DE MUESTRAS, LABORATORIO DE BAJA COMPLEJIDAD, FISIOTERAPIA, ENFERMERIA, PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, RAYOS X, TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO, TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO, HOSPITALIZACION GENERAL, SALA DE OBSERVACION, SALA DE PARTO, HOSPITALIZACION OBSTETRICA, FARMACIA

III. CAPACIDAD INSTALADA, SUFICIENCIA Y/O INSCRITOS				
SERVICIOS	No DE CONSULTAS /hora	NO DE CONSULTORIOS	OPORTUNIDAD	
			ASIGNACION CITA	TIEMPO DE ESPERA
CONSULTORIOS MEDICINA GENERAL	4	4	1 día	30 minutos
CONSULTORIO ODONTOLOGÍA	3	2	1 día	30 minutos
CONSULTORIO ENFERMERIA	4	2	1 día	20 minutos
LABORATORIO BAJA COMPLEJIDAD	8	1	1 día ambulatorio Inmediato urgencias	15 minutos
RAYOS X	2	1	1 día	30 minutos
TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO CLÍNICO	8	1	1 día	15 minutos
URGENCIA		1	inmediata	NA
P Y P	3	1	1 día	20 minutos
HOSPITALIZACION		22 camas hospitalización general.5 obstétricas		
FISIOTERAPIA	2	1	1 día	30 minutos

IV. ESTANDARES DE VERIFICACION – HALLAZGOS ENCONTRADOS	
TALENTO HUMANO	Se verificaron las hojas de vidas de todo el personal en nómina; se observan los títulos de instituciones reconocidas, sin embargo no se evidencia el proceso de verificación de títulos, los funcionarios tienen seguridad social, las hojas de vida se encuentran en un archivo que no garantiza su integridad y custodia. No se encuentra la totalidad de las hojas de vida del personal contratado No existe evidencia educación continua a los trabajadores. No existe evidencia del proceso de inducción y Reinducción en la institución. No existe el comité de bienestar institucional. No se evidencian actividades de salud ocupacional. En este tema se está trabajando en implementar un software para el mejoramiento de talento
INFRAESTRUCTURA	La institución funciona en un área exclusiva y delimitada para los servicios que presta. Garantiza el suministro de agua, teléfono, internet Existe un manual de residuos hospitalarios, no se evidencia socialización de este, se observa que las actividades de recolección, segregación y manejo de los residuos no se relacionan con lo que se plasma en el manual. Las áreas se encuentran señalizadas, Las áreas de urgencias, rayos x, P Y P: PAI no tienen el tamaño suficiente para el servicio que ofertan.
DOTACION	Cuenta con los equipos biomédicos de acuerdo al servicio que brinda, se está haciendo solo mantenimiento correctivo. Se evidencia plan de mantenimiento. No todos los equipos tienen hoja de vida.
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS	Se evalúan la adquisición de insumos en su fecha de vencimiento, lote, registro INVIMA. No se tiene definidos los procesos de: verificación de alertas del INVIMA, adquisición, almacenamiento. No se halla definido el nivel mínimo y máximo de stock. No se evidencian la existencia de garantía de solicitud, de envío y de recepción. No se tiene definida la política de uso y reúso de dispositivos médicos.
PROCESOS PRIORITARIOS	La institución posee manuales, guías, protocolos y procedimientos no actualizados y sin socialización. No se ha socializado el modelo estándar de control interno, no se encuentra evidencia de levantamiento de procesos. La institución no cuenta en la actualidad con un programa de

	mejoramiento continuo de la calidad,
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	<p>La historia clínica física se encuentran incompletas, No existe un único archivo de historias clínicas ya que las de urgencias se encuentran separadas de las de consulta externa. No existen registros de entrada y salida de historias clínicas.</p> <p>No se haya socializado el protocolo de manejo de historias clínicas. No existe evidencia de estrategias internas de evaluación de las historias. No existe comité de historias clínicas.</p>
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	Los servicios se encuentran organizados y delimitados de acuerdo a las actividades que allí se realizan.

V. DOCUMENTOS LEGALES DE LA ESE

Se encuentra certificado de habilitación, acto de creación, RUT, pago de tasa a la SUPERSALUD, presentación de indicadores, copia de cedula del representante legal.

VI. OBSERVACIONES.

La ESE hospital local nuestra señora de Santa Ana debe estandarizar las hojas de vida del talento humano utilizando un solo formato, garantizar su integridad y custodia, implementar y socializar su política en cuanto al manejo del talento humano.

Formular el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRHS), socializarlo, y evaluar su cumplimiento.

Debe evaluar su infraestructura física frente a la demanda de servicios especialmente en la urgencia, rayos x y P y P.

En cuanto a la dotación debe implementar el programa de mantenimiento preventivo y correctivo, vigilar su cumplimiento. Debe garantizar una hoja de vida para cada equipo.

La ESE debe levantar cada uno de los procesos afines a la adquisición, manejo y

almacenamiento de los insumos.

La ESE debe definir sus políticas internas de calidad, seguridad del paciente, ambiental etc. y socializarlos permanentemente.

Las guías, manuales y protocolos deben ser actualizados y ser socializados a todo el personal que labora en la entidad.

Debe crearse el comité de historias clínicas que garantizaría el cumplimiento de los proceso afines,

Ilustración 2. EVALUACION ESE HOSPITAL LOCAL NUESTRA SEÑORA DE SANTA ANA

CUESTIONARIO

Nro.	VARIABLE	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿L empresa ha adoptado mediante acto administrativo el modelo estándar de control interno MECI ?	x		
2	¿La gerencia ha definido, mediante acto administrativo, el compromiso con él?	x		
3	¿A la fecha se ha constituido el Equipo Operativo MECI de la entidad, de acuerdo al Manual de Implementación del MECI?		x	
4	¿Se ha realizado el autodiagnóstico o diagnóstico general que exige el Manual de Implementación del MECI?	x		
5	¿Se ha iniciado la Etapa de diseño e implementación de los veintinueve (29) elementos que exige el Modelo Estándar de Control Interno MECI?		x	
6	¿Conoce usted los beneficios de implementar en la entidad el modelo de control interno MECI??	x		
7	¿Considera que el talento humano de la empresa del están capacitados en el Modelo MECI ?		x	
8	¿Se ha capacitado constantemente al recurso humano sobre el modelo MECI?		x	
9	¿Ha avanzado la empresa en el diseño e implementación del modelo MECI?		x	
10	¿En el caso de que la entidad haya implementado el MECI, se le está haciendo seguimiento permanente?		x	

Ilustración 3. CUESTIONARIO APLICADO AL GERENTE DE LA INSTITUCIÓN

<i>A</i>	<i>B</i>		<i>C</i>	<i>D</i>	<i>F</i>	<i>G</i>
<i>TEMA</i>		<i>PRINCIPIOS BÁSICOS</i>	<i>OPTIMO</i>	<i>CALIFICACIÓN</i>	<i>ACUMULADO</i>	<i>%</i>
ETICA	1,1	¿Al interior de la entidad se definen claramente los conceptos de ética en todas las áreas?	4	3	3	75
	1,2	¿Se hace una vigilancia constante sobre el cumplimiento del comportamiento ético?	4	2	5	50
	1,3	¿Los parámetros sobre los cuales se establece la ética en la institución son los más adecuados?	4	3	8	75
	1,4	¿Dentro de la institución se han creado programas de educación continua para todo el personal con el fin de mantener actualizada la información con respecto a este aspecto?	4	1	9	25
	1,5	¿ La institución hace una vigilancia constante con el objeto de que se cumpla a cabalidad todo lo concerniente a la ética?	4	1	10	25
	1,6	¿ En el momento de seleccionar al personal de la institución, se establecen requisitos mínimos de ética a cumplir?	4	1	11	25
	1,7	¿Al momento de presentarse una situación extraordinaria de carácter ético. la institución está capacitada para adaptarse rápidamente?	4	2	13	50
	1,8	¿La institución ha nombrado un comité de ética que controle este aspecto?	4	-	13	-
1,9	¿La institución exige como norma, la ética en todos los actos?	4	3	16	75	
1,10	¿En el proceso de selección de personal, se ha nombrado personas con el más alto nivel moral y ética?	4	3	19	75	
1,11	¿Los recursos de la institución se manejan de acuerdo a los principios establecidos de ética?	4	2	21	50	
1,12	¿El personal que se encarga de la atención al usuario, cumple con todas las disposiciones éticas encaminadas a la buena atención?	4	4	25	100	
1,13	¿La evaluación que la institución hace con respecto a la ética se desarrolla por personas del más alto nivel moral?	4	-	25	-	
1,14	¿La atención prestada es humanizada?	4	2	27	50	

	1,15	¿La institución cumple éticamente sus objetivos?	4		27	-
	1,16	¿Las relaciones interinstitucionales que tiene la institución se dan dentro de los más altos principios éticos establecidos para ello?	4	3	30	75
SUBTOTAL			64	30		46,88
CALIDAD	2,1	¿La calidad en el servicio es primordial para la institución?	4	3	3	75
	2,2	¿Existen programas de evaluación dentro de la institución que garanticen niveles mínimos de calidad?	4	-	3	-
	2,3	¿La institución evalúa a los pacientes periódicamente en cuanto a la calidad de la atención con el fin de realizar ajustes para así prestar un mejor servicio?	4	1	4	25
	2,4	¿La atención al paciente prestada por la institución se hace en el momento requerido en todos los casos?	4	3	7	75
	2,5	¿El proceso de atención al usuario es continuo en todas sus etapas?	4	3	10	75
	2,6	¿La institución provee suficiente y oportunamente los recursos y elementos requeridos para atender en todos sus aspectos las necesidades del paciente?	4	1	11	25
	2,7	¿En la atención de los problemas de salud, se utiliza enteramente el saber médico y la tecnología disponible?	4	3	14	75
	2,8	¿Consideran los funcionarios que el usuario del servicio, con la atención prestada se siente totalmente satisfecho?	4	3	17	75
	2,9	¿La atención al paciente se puede considerar como la mejor según el caso?	4	2	19	50
	2,10	¿La atención en salud transcurriendo el tiempo ha aumentado el grado de mejoramiento del paciente reduciendo cada día los costos de atención, entrada o tratamiento?	4	2	21	50
	2,11	¿Los profesionales de la salud consideran que la calidad en el servicio prestado es óptima?	4	1	22	25

2,12	¿La atención en general se hace de conformidad con los principios que rigen el justo cuidado del paciente?	4	1	23	25
------	--	---	---	----	----

	2,13	¿Se hace una evaluación constante de la atención prestada para mejorar día a día la calidad?	4	1	24	25
	2,14	¿Dentro de la institución existe un sistema de garantía de calidad?	4	-	24	-
	2,15	¿El servicio es de calidad para todos los usuarios?	4	2	26	50
	2,16	¿La atención es idónea en todos sus aspectos?	4	2	28	50
	2,17	¿Existe una dependencia de quejas y reclamos?	4	3	31	75
	2,18	¿Los objetivos establecidos en la institución están encaminados hacia la máxima calidad?	4	2	33	50
	2,19	¿A los usuarios atendidos se le practican encuestas para evaluar la calidad de la atención prestada y estas son estudiadas?	4	-	33	-
	SUBTOTAL		76	33		43%
CLINICA	3,1	¿Dentro de la institución se tiene muy en cuenta todas las disposiciones que reglamentan el ejercicio de la medicina y la cirugía, código de ética, etc.?	4	-	-	-
	3,2	¿Existe una revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención médica prestada?	4	-	-	-
	3,3	¿Al interior del proceso clínico se evalúa si fue adecuado el estudio del paciente?	4	1	1	25
	3,4	¿Al interior del proceso clínico se evalúa si los diagnósticos fueron razonables?	4	-	1	-
	3,5	¿Al interior del proceso clínico se evalúa si el tratamiento fue adecuado?	4	1	2	25
	3,6	¿Al interior del proceso clínico se evalúa si la práctica de los exámenes fue pertinente?	4	1	3	25
	3,7	¿El proceso clínico es actualizado constantemente?	4	2	5	50

	3,8	¿La atención clínica busca que se respete en todo momento los derechos de los pacientes?	4	3	8	75
	3,9	¿Existe una suficiente reserva sobre las historias clínicas de la institución?	4	3	11	75
	3,10	¿Se evalúa constantemente la pertinencia de los tratamientos establecidos?	4	2	13	50
	3,11	¿Se determina periódicamente las necesidades de capacitación en el campo clínico?	4	-	13	-
	3,12	¿El servicio se programa para un determinado período y con unos requisitos previamente definidos?	4	2	15	50
	3,13	¿De acuerdo a la normatividad existente se definen las responsabilidades clínicas en la institución?	4		15	-
	3,15	¿Existen manuales de protocolos de atención?	4		15	-
	3,15	¿Existen mecanismos que permitan detectar las deficiencias clínicas en la atención del servicio?	4		15	-
	3,16	¿Los soportes del acto clínico se guardan y utilizan debidamente ?	4		15	-
	SUBTOTAL		64	15		23
RECURSOS HUMANOS	4,1	¿Existen en la institución manuales de funciones, técnicos y evaluados periódicamente?	4	1	1	25
	4,2	¿La institución posee políticas de administración, selección y capacitación de personal? de personal definidas?	4	2	3	50
	4,3	¿Existen líneas de autoridad y responsabilidad claramente definidas?	4	1	4	25
	4,4	¿Los trabajos de los funcionarios dentro de la institución están correctamente definidos?	4	1	5	25
	4,5	¿Los funcionarios conocen y evalúan bien que es lo que deben hacer?	4	1	6	25
	4,6	¿Están definidos y se conocen claramente los estándares de calidad, cantidad y desempeño en la institución?	4	1	7	25

4,7	¿Los problemas encontrados en relación a los recursos humanos se supervisan, se analizan frecuentemente y se solucionan oportunamente?	4	1	8	25
4,8	¿El personal de la institución ha tenido el entrenamiento o la inducción adecuada para desempeñar sus funciones?	4	1	9	25
4,9	¿Se evalúa y controla constantemente los trabajos de la institución para mejorar los resultados?	4	1	10	25
4,10	¿Se informa periódicamente a los funcionarios sobre los logros, problemas, necesidades y del desarrollo de la institución?	4	-	10	-
4,11	¿Los funcionarios y empleados que ocupan posiciones directivas utilizan estrategias para tomar decisiones?	4	3	13	75
4,12	¿Los manuales existentes al interior de la organización son evaluados, revisados y actualizados periódicamente?	4	-	13	-
4,13	¿Se evalúa constantemente el desempeño de los empleados y se toman correctivos?	4	1	14	25
4,14	¿La institución ha definido claramente el propósito de la evaluación del desempeño desde el punto constructivo?	4	1	15	25
4,15	¿Ayuda el programa de evaluación de la actuación al gerente de la organización a especificar las necesidades del desarrollo del personal?	4	-	15	-
4,16	¿Dentro del proceso de evaluación del desempeño los resultados obtenidos son discutidos con el trabajador implicado para conocer la causa de las fallas existentes y tomando correctivos?	4	-	15	-
SUBTOTAL		64	15		23
5,1	¿El hospital fue diseñado y construido basándose en estudios de especialistas acorde con sus dotaciones?	4	3	3	75
5,2	¿Las áreas de la institución fueron diseñadas de acuerdo a las labores a	4	3	6	75

		desarrollar?				
DOTACION	5,3	¿La dotación de la institución permite el cumplimiento cabal de los objetivos?	4	1	7	25
	5,4	¿La dotación de la institución permite garantizar la calidad en el servicio?	4	1	8	25
	5,5	¿La adquisición de la dotación fue realizada por personal especializado y con análisis costo-beneficio?	4	1	9	25
	5,6	¿Para adquirir la dotación de la institución se estudia el mercado con el fin de disminuir costos?	4	3	12	75
	5,7	¿Se busca que la dotación de la institución garantice el servicio constante?	4	2	14	50
	5,8	¿El personal encargado del manejo de los equipos es especializado en la materia?	4	-	14	-
	5,9	¿Considera que la dotación de la institución es la adecuada para cumplir con la misión de ésta?	4	1	15	25
	5,10	¿Existen programas que permitan la identificación de necesidades de dotación?	4	1	16	25
	5,11	¿En el proceso de adquisición de equipos existen prioridades definidas?	4	1	17	25
	5,12	¿La institución posee manuales de procedimientos relacionados con la adquisición, instalación, conservación, mantenimiento, recuperación y uso de equipos?	4	1	18	25
	5,13	¿Se ha creado un comité encargado para asesorar el manejo de Dotaciones?	4	1	19	25
	5,14	¿Están claramente definidos los niveles de dotación mínima de la institución?	4	-	19	-
	5,15	¿Se han creado programas de educación continua para el manejo adecuado de elementos y equipos?	4	-	19	-
	5,16	¿La dotación posee pólizas de Garantías y cumplimientos de suministro de repuestos y mantenimiento?	4	-	19	-

	5,17	¿Se mantiene un archivo constante de la información técnica de la dotación existente?	4	1	20	25
	5,18	¿Se hacen inventarios periódicos para verificar la existencia y condiciones de la dotación?	4	3	23	75
SUBTOTAL			72	23		32
RECURSOS FISICOS	6,1	¿La infraestructura de la organización es la suficiente para suplir las necesidades de la comunidad?	4	1	1	25
	6,2	¿Existen niveles de seguridad mínimos que permitan la prestación de los Servicios Asistenciales?	4	2	3	50
	6,3	¿Son identificados los estándares en el diseño, construcción, funcionamiento y equipamiento para cada una de las especialidades y servicios en cada nivel de atención?	4	1	4	25
	6,4	¿La institución ha determinado estándares básicos con respecto a los edificios?	4	1	5	25

	6,5	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con la ubicación y calidad del terreno?	4	1	6	25
	6,6	¿La institución ha determinado estándares básicos con respecto a la seguridad en la Institución?	4	2	8	50
	6,7	¿La institución ha determinado estándares básicos en cuanto a la capacitación del personal para el manejo de recursos Físicos?	4	1	9	25
	6,8	¿La institución ha determinado estándares básicos sobre los servicios de emergencias?	4	2	11	50
	6,9	¿La institución ha determinado estándares básicos acerca de la utilización de materiales y desechos peligrosos?	4	2	13	50
	6,10	¿La institución ha determinado estándares básicos de la seguridad del edificio y las instalaciones?	4	1	14	25
	6,11	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con la seguridad contra incendio?	4	1	15	25

6,12	¿La institución ha determinado estándares básicos en relación con las comunicaciones?	4	2	17	50
6,13	¿La institución ha determinado estándares básicos en los equipos del cuidado de los pacientes?	4	2	19	50
6,14	¿La institución ha determinado estándares básicos en los equipos eléctricos?	4	2	21	50
6,15	¿La institución ha determinado estándares básicos en relación a la distribución eléctrica?	4	1	22	25
6,16	¿La institución ha determinado estándares básicos con respecto a la planta eléctrica de emergencia?	4	1	23	25
6,17	¿La institución ha determinado estándares básicos para el transporte vertical y horizontal?	4	2	25	50
6,18	¿La institución ha determinado estándares básicos para la calefacción, ventilación y aire acondicionado de la institución?	4	1	26	25
6,19	¿La institución ha determinado estándares básicos para las instalaciones sanitarias?	4	2	28	50
6,20	¿La institución ha determinado estándares básicos para la caldera y redes de vapor?	4	1	29	25
6,21	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con el mantenimiento?	4	1	30	25
6,22	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con la lavandería?	4	1	31	25
6,23	¿La institución ha determinado estándares básicos para el servicio de alimentación?	4	-	31	-
6,24	¿La institución ha determinado estándares básicos para los servicios de esterilización?	4	3	34	75
6,25	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con el manejo de los gases médicos?	4	2	36	50
6,26	¿La institución ha determinado estándares básicos relacionados con el sistema central de vacío de uso médico y quirúrgico?	4	-	36	-

	6,27	¿La institución ha determinado estándares básicos con respecto a los dispositivos de seguridad para pacientes?	4	2	38	50
SUBTOTAL			108	38		35
INFORMACION FINANCIERA	7,1	¿La información financiera elaborada por la institución sirve como guía en la toma de decisiones de la administración?	4	4	4	100
	7,2	¿La información financiera se establece utilizando normas y principios de aceptación general?	4	3	7	75
	7,3	¿Se evalúan constantemente los factores de riesgo de la institución con el objeto de establecer el grado de confiabilidad de la información financiera?	4	2	9	50
	7,4	¿Existen procedimientos básicos que permiten la elaboración de la información financiera?	4	-	9	-
	7,5	¿Se practican auditorias constantes para verificar que la información financiera corresponda?	4	-	9	-
	7,6	¿Los informes emanados de la información financiera ayudan a la toma de decisiones de la institución?	4	4	13	100
	7,7	¿Son guardados con el mayor recelo los soportes de la información financiera?	4	3	16	75

	7,8	¿El personal encargado del manejo de la información financiera está capacitado constantemente?	4	3	19	75
	7,90	¿Las transacciones hechas por la institución se registran y clasifican según los principios y normas de contabilidad aceptadas?	4	3	22	75
SUBTOTAL			36	22		61
ACTO MEDICO	8,1	¿La institución posee guías de servicio?	4	3	3	75
	8,2	¿Existe una evaluación constante del acto médico?	4	2	5	50
	8,3	¿Se evalúa constantemente la responsabilidad médica?	4	-	5	-

	8,4	¿Se evalúa constantemente la ética médica en la atención médico asistencial?	4	-	5	-
	8,5	¿El diagnóstico se sustenta en la evolución del concepto de salud-enfermedad?	4	2	7	50
	8,6	¿En la historia clínica se detalla minuciosamente toda la sintomatología, tratamientos, etc.?	4	3	10	75
SUBTOTAL			24	10		42
PLANEACION Y ADMINISTRACION	9,1	¿En la institución de salud, el sistema administrativo hospitalario ofrece altos estándares de eficiencia, efectividad y productividad?	4	3	3	75
	9,2	¿La administración de la institución permite establecer fortalezas y debilidades?	4	2	5	50
	9,3	¿La administración desarrolla métodos concordantes con el desarrollo institucional?	4	2	7	50
	9,4	¿La administración utiliza adecuadamente todos los recursos de la entidad?	4	2	9	50

	9,5	¿La administración evalúa constantemente la misión, visión, objetivos, etc., de la institución para poder adecuarlas a las nuevas circunstancias?	4	1	10	25
	9,6	¿Constantemente se elabora un plan de desarrollo, con objetivos claros y razonables?	4	2	12	50
	9,7	¿Existen manuales de procedimientos, técnicos y evaluados periódicamente para mejorarlos?	4	-	12	-

	9,8	¿Existen una Fundamentación legal que respalde toda la actuación de la institución?	4	2	14	50
	9,9	¿Elaboran frecuentemente presupuestos con el fin de organizar que se va a realizar en un período determinado?	4	3	15	75
SUBTOTAL			36			47

		17				
CONTROL INTERNO	10,1	¿Existe una oficina encargada de la evaluación del control interno en la institución?	4	-	-	-
	10,2	¿Se realizan evaluaciones periódicas de los controles internos existentes?	4	-	-	-
	10,3	¿Las personas encargadas de dichas evaluaciones están capacitadas suficientemente para ello?	4	-	-	-
	10,4	¿Dentro de la Organización se tiene bien en claro las implicaciones del control interno?	4	-	-	-
	10,5	¿Se fomenta entre los funcionarios de la institución el autocontrol, en dos direcciones, la primera para cada funcionario y la segunda para el jefe y sus colaboradores?	4	-	-	-
	10,6	¿Se cumplen las disposiciones de carácter legal relacionadas con el control interno?	4	-	-	-
	10,7	¿La oficina de Control interno en la institución ayuda a la administración en la toma de decisiones?	4	-	-	-
	10,8	¿El mejoramiento de las actividades de la institución se ha debido a la existencia de la cultura de control nueva y moderna?	4	-	-	-

10,9	¿Se conoce claramente cuáles son los objetivos del control interno en la institución?	4	-	-	-
SUBTOTAL		36	-	-	-

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cárdenas Purpura, Johana. (2012). *Evaluación del control interno en entidades públicas en la ciudad de Palmira*. Colombia: P. 1.

DAFP, Alcaldía Mayor de Bogotá. *Armonización. Modelo Estándar de Control Interno MECI* 1000:2005, 2007, p 13.

Vergara Tapia, Franco (2009). *Sistemas de gestión*. P134.