



## **APLICABILIDAD DE COSO+ERM A LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (CASO APLICADO A UN HOSPITAL GUBERNAMENTAL)**

**Área de investigación: Contabilidad, Auditoría y Costos**

**Esteban Segundo Martínez Salinas**  
Fundación Universidad Autónoma de Colombia  
Colombia  
koperar@gmail.com

**Yolanda Viviana Arias Espinosa**  
Universidad de La Amazonía  
Colombia  
nena3585@hotmail.com

**José Olmer Correa Corrales**  
Universidad de La Amazonía  
Colombia  
joseolmer5@hotmail.com

**XXII**  
CONGRESO INTERNACIONAL DE  
CONTADURÍA, ADMINISTRACIÓN  
E INFORMÁTICA

## APLICABILIDAD DE COSO+ERM A LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO (CASO APLICADO A UN HOSPITAL GUBERNAMENTAL)



### Resumen

Mediante indagación bibliográfica y observación directa se realizó un análisis de gestión de riesgos en el Hospital Saint al área de mayor criticidad (Talento Humano) en su proceso de gestión del talento humano, y para ello se identificaron algunos riesgos potenciales de mayor impacto en la entidad y se evaluaron desde los componentes de COSO+ERM. Dicha entidad viene implementando un sistema de control interno de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia, sin embargo, se demostró una plena aplicabilidad de los componentes y elementos de COSO+ERM.

Los resultados de la evaluación de la entidad mediante COSO+ERM indican que los componentes eficientes son 2 (actividades de control, y monitoreo y supervisión). Los demás componentes tienen una calificación de deficientes en una dimensión moderada (para el caso de establecimiento de objetivos) y graves en los demás componentes del sistema de control interno (ambiente de control, identificación de evento, evaluación de riesgo, respuesta al riesgo e información y comunicación).

**Palabras clave.** COSO+ERM, control interno, hospitales.

### 1. Introducción

#### 1.1. Planteamiento del problema

El Hospital Saint, es una entidad gubernamental que funciona desde 2007, que presta servicios de salud. Para su control interno aplica un modelo adaptado de COSO+ERM de carácter legal y en 2014 elaboró el primer mapa de riesgos. Mediante visitas de control de entidades de inspección y vigilancia se estableció que dicha entidad no está cumpliendo con el objetivo de establecer su componente de gestión del riesgo. En dicha entidad no existe claridad de la forma como afrontan los eventos que pueden afectar sus propósitos desde una perspectiva de la administración de riesgos.

La entidad cuenta con una oficina de control interno que carece de un equipo interdisciplinario y el nivel de confianza sobre el sistema de control interno es bajo, situaciones que dificultan el cumplimiento de algunos objetivos institucionales. Los aspectos enunciados conllevan a interrogarnos cómo aplicar COSO+ERM al proceso de mayor criticidad de un hospital gubernamental.

## 1.2. Justificación, contexto y alcance

El modelo COSO permite identificar el riesgo en las organizaciones y evaluar controles, mediante el proceso de administración de riesgo que contiene herramientas de planeación estratégica, haciéndolo versátil y de aplicación a diversas actividades económicas. La evaluación de riesgo permite la identificación y análisis de los riesgos o eventos adversos que pueden afectar los procesos de una organización; la responsabilidad de dicha evaluación recae en los involucrados en los procesos y para ello se fundamentan en los principios de autocontrol y autogestión.



Si bien COSO+ERM contribuye al logro de objetivos organizacionales en general, su aplicación requiere de un esfuerzo interno de cada organización y sus integrantes para adaptarlo a las necesidades y particularidades de cada entidad. Este trabajo permite verificar una forma particular de aplicación de COSO+ERM cuyo sentido permite validar la adaptación del modelo, situación que puede ser aprovechada por entidades e interesados en este tema. Este trabajo es de orden cualitativo y se fundamenta en el estudio de casos. Un estudio de caso es importante porque contribuye a reconocer las particularidades y los procesos sociales, y aproxima el conocimiento (las teorías) a la realidad (Arévalo & Quinche, s.f., pág. 4). La información se obtuvo mediante análisis documental y observación directa principalmente. Se privilegió la información cualitativa para efectuar la evaluación del riesgo y su aplicabilidad en un proceso.



## 2. Metodología

### 2.1. Diseño de investigación

Este trabajo es de orden cualitativo y se fundamenta en el estudio de casos. Un estudio de caso es importante porque contribuye a reconocer las particularidades y los procesos sociales, y aproxima el conocimiento (las teorías) a la realidad (Arévalo & Quinche, s.f., pág. 4). La información se obtuvo mediante análisis documental y observación directa principalmente. Se privilegió la información cualitativa para efectuar la evaluación del riesgo y su aplicabilidad en un proceso.

### 2.2. Fuentes de información

El acopio de información del Hospital Saint se realizó mediante información suministrada y publicada por la entidad y mediante observación directa; en lo correspondiente a la metodología COSO+ERM se consultaron libros, artículos y otros documentos.



### 2.3. Consideraciones éticas

Declaramos este texto contiene las referencias o fuentes de información correspondientes y que en lo relacionado con el Hospital Saint no vulneramos sus derechos.



### 3. Marco conceptual

**COSO.** El comité de organizaciones patrocinadoras de la Comisión Treadway (Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission COSO, por su sigla en inglés). Entidad que se dedica a desarrollar marcos y orientaciones generales sobre control interno, la gestión del riesgo empresarial y la prevención del fraude, diseñados para mejorar el desempeño organizacional y la supervisión, y reducir el riesgo de fraude en las organizaciones. (COSO, 2013)

**COSO + ERM.** Corresponde al modelo de definición y evaluación del sistema de control interno organizacional promulgado por la organización COSO. Dicho modelo está estructurado por ocho componentes (análisis del entorno interno, definición de objetivos, identificación de eventos, valoración de riesgo, respuesta al riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo), unas áreas funcionales (subsidiarias, unidades de negocio, división y entidad) y una clasificación de los objetivos (estratégicos, operaciones, informes y cumplimiento). (COSO, 2013)

**Empresa Social del Estado ESE.** corresponde a la forma jurídica para estructurar una entidad hospitalaria de carácter gubernamental en Colombia. (Presidencia de la República de Colombia, 1994)

**Niveles de complejidad en Salud.** Conforme a lo estipulado en la resolución 5261 de 1994 se establece la clasificación por niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica en el artículo 21:

- NIVEL I: GRUPOS 01, 02, 03. Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud
- NIVEL II: GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08. Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.
- NIVEL III: GRUPOS 09 Y SIGUIENTES. Médico Especialista con la participación del médico general.
- NIVEL IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS descritas anteriormente. Médico Especialista con la participación del médico general. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014)



**Riesgo.** Posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso (Tocabens, 2011). “El riesgo siempre se asocia a la incertidumbre incorporada a un evento futuro” (Londoño Gómez & Nuñez P., 2010, pág. 39).



**Administración del riesgo.** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse, permiten evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales, el cual para su evaluación se deben generar procesos de identificación, análisis, valoración y políticas de administración del riesgo (Fortinch, 2015, pág. 206).

**Identificación de riesgos.** Es la descripción de eventos particulares que presentan algún grado de amenaza al logro de la misión o mandato legal del hospital público, con efectos desfavorables para sus partes interesadas a partir de los cuales se analizan las causas y los efectos que se pueden presentar con su ocurrencia (Fortinch, 2015, pág. 207). Tal identificación se realiza a nivel del Direccionamiento estratégico e involucra a los integrantes de una entidad (Isaza, 2012). Corresponde a la etapa donde podemos detectar además de las amenazas para la empresa, las oportunidades de negocio que pueden ser aprovechadas para la misma y que en un principio puede estar oculta tras las amenazas, por ello, se puede confirmar que tanto la gestión de los riesgos como un adecuado sistema de control interno y externo pueden contribuir al logro de objetivos empresariales.” (Casares, 2013, pág. 61)

**Mapa de riesgo.** Es una herramienta útil de control interno que permite presentar una panorámica de los riesgos a los que está expuesta cualquier organización; independiente de la forma como se presente dicho mapa. Un mapa de riesgos es un gráfico, un croquis, en donde se identifican y se ubican las áreas/actividades/activos (procesos de la empresa) que podrían verse afectados durante la ocurrencia de un evento adverso. Permiten ver las amenazas que tiene una empresa. Permiten medir la magnitud de cada riesgo (probabilidad e impacto económico). Son un instrumento gráfico de gestión de los riesgos que permiten comparar los riesgos por su importancia relativa así como en conjunto, permitiendo a la empresa poder establecer niveles aceptables de riesgo. (Sánchez, 2013, pág. 7)

**Valoración del riesgo.** Es proceso general de análisis del riesgo y evaluación del riesgo. (Estupiñan, 2015, págs. 90-92)

**Respuesta al riesgo.** Son las opciones de tratamiento del riesgo: evitar, reducir, compartir o transferir, y asumir el riesgo (Isaza, 2012, pág. 269).

**Control interno.** 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. También



se le puede denominar al conjunto de “métodos de medición y control que le permitan identificar errores o fallas que ocasionen desviaciones entre lo que se ha planeado y lo que está ejecutando e implementar las medidas correctivas que sean necesarias” (Arboleda, 2011, pág. 41).

#### 4. Antecedentes del control interno en entidades hospitalarias de Colombia



El Estado colombiano definió un modelo de control interno aplicable a todas las entidades gubernamentales denominado Modelo Estándar de Control Interno MECI con la intención de presentar una herramienta que permita a la administración de los entes garantizar las disposiciones de su control interno y facilitar la labor del control posterior (Congreso de la República de Colombia, 2005); dicho modelo es una adaptación de COSO y fue actualizado en 2015 con la versión de COSO II (Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, 2014) . Si bien dicho modelo ha sido de obligatorio cumplimiento, los informes que debe presentar cada entidad al cierre de cada período fiscal no necesariamente reconocen la utilidad de la aplicación de un sistema de control interno adecuado a sus necesidades. Diversas dificultades pueden derivar en las debilidades de un sistema de control interno en las organizaciones gubernamentales, algunas de ellas pueden ser:

- Baja Capacidad técnica sobre de los responsables de ejercer el control interno en entidades gubernamentales.
- Dispersión de normas, procesos y procedimientos y falta de claridad en la consolidación y complementación de guías aplicativas del modelo de control interno.
- Ausencia de cultura de control interno en entidades de inspección, vigilancia y control y de sus vigilados.
- Planes de mejora derivados del análisis de control interno que son desarticulados de los procesos de calidad.
- Diversidad de funciones de los encargados de control interno en las organizaciones, distintas a la evaluación y seguimiento del sistema de control interno.
- Deficiencias en la adaptación de un Sistema de Control Interno (SCI) para cada institución

De igual forma se consideró lo concerniente a las dificultades existentes en la divulgación de la información sobre riesgos y su necesaria inclusión en los informes de gestión de los administradores (Cabedo Semper & Tirado Beltrán,

2016), y la necesidad de la intervención positiva de la alta dirección en la implementación de un sistema de control interno adecuado a cada organización.

Como antecedente se destaca el estudio de Cárdenas en el cual denota la necesidad de la herramienta gerencial basada en la gestión de riesgos y los diversos problemas que han dificultado su implementación (2012, págs. 9-10). Desde otra perspectiva conviene destacar que se debe desarrollar una cultura de la prevención de riesgos y para ello se deben conocer los procesos para determinar las posibles fallas y así optimizar los recursos y costos de la empresa (Cifuentes, 2015).



Estupiñan señaló que existe incertidumbre ante la ocurrencia de un evento pues inciden factores internos (infraestructura, personal, procesos y tecnología) y externos (económicos, de negocios, ambiente natural, políticos, sociales y tecnológicos) (2015, pág. 56), que pueden afectar el logro de los objetivos organizacionales y el desarrollo normal de las operaciones; tales aspectos son de ocurrencia en diversas organizaciones como las hospitalarias. Para prevenir la vulnerabilidad de un sistema de control interno es necesario que las funciones de control se fundamenten en la prevención del riesgo lo cual puede “proporcionar una razonable seguridad con miras a la realización de objetivos” de la organización (Estupiñan, 2015 b, pág. 33).



Las entidades gubernamentales tienen dificultades en la estructuración, evaluación y seguimiento de sus sistemas de control interno (y aún más del sector salud) debido a las regulaciones específicas de dicho sector y sus formas de aplicación. En este tipo de entidades destacamos la existencia de problemas asociados a “la falta de conocimiento sobre el tema en todos los niveles jerárquicos de la organización, ocasionado principalmente por la falta de capacitación y participación que en este sentido se ha brindado a todos los funcionarios” (Gallego Gil & Mejía Osorio, 2013, pág. 102).



Para la realización de un diagnóstico, evaluación y seguimiento de un SCI (en este caso basado en MECI) se requiere, entre otros insumos, de la “documentación existente en la organización, los registros elaborados por las dependencias, los Manuales de Procedimientos de la Entidad” (Gonzalez, 2009, pág. 66). La necesidad de evaluar un SCI desde la perspectiva de los riesgos y su énfasis comunicacional es comentada por Gonzalo quien destacó que

la comunicación hace visible (o invisible) el riesgo, sirve para poner en común las diferentes definiciones y hace públicas las políticas y las decisiones tomadas. Más aún, las comunidades de riesgo han de proponer el acento en comunicar sus intenciones, en explicarse para justificar sus acciones, y en intentar acercar la visión del resto de actores a la suya sobre la definición del riesgo, su aceptación y las medidas de control a adoptar. (Gonzalo Iglesia & Farré Coma, 2011, pág. 68)



Doble condición exige la implementación de un SCI adecuado a las entidades de salud gubernamentales en Colombia: (1) la regulación en materia de la incorporación de un modelo de control interno (MECI) y (2) la vigilancia que

sobre ellas ejercen de forma simultánea las entidades fiscalizadoras (Contralorías) y la Superintendencia de Salud. El Hospital Saint es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad de carácter público (ESE); se dedica a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos. Dicha entidad es vigilada por la superintendencia nacional de salud en lo referente a la prestación de los servicios.



El Hospital Saint cuenta con una estructura enmarcada en su misión y visión e identifica claramente sus procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de evaluación y seguimiento, articulados en dependencias. La entidad adoptó e implementó el sistema de control interno de obligatorio cumplimiento (MECI 1000: 2005); en 2014 inició su proceso de gestión del riesgo, y elaboró sus mapas de riesgos. Estos mapas se han actualizado anualmente y sufrieron algunas modificaciones estructurales (pasaron de mapas por dependencias a mapas por procesos y procedimientos).

## 5. Compañía Saint, análisis de criticidad

El Hospital Saint es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad de carácter público (ESE); se dedica a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos. Dicha entidad es vigilada por la superintendencia nacional de salud en lo referente a la prestación de los servicios.

El Hospital Saint cuenta con una estructura enmarcada en su misión y visión e identifica claramente sus procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de evaluación y seguimiento, articulados en dependencias. La entidad adoptó e implementó el sistema de control interno de obligatorio cumplimiento (MECI 1000: 2005); en 2014 inició su proceso de gestión del riesgo, y elaboró sus mapas de riesgos. Estos mapas se han actualizado anualmente y sufrieron algunas modificaciones estructurales (pasaron de mapas por dependencias a mapas por procesos y procedimientos).

### 5.1. Compañía Saint, análisis de criticidad

Si bien se consideró lo señalado por (Rodríguez, Piñeiro, & De Llanos, 2013, pág. 9) no podemos desconocer el procedimiento clásico que consiste en la determinación de la combinación de la importancia relativa de los procesos con la eventual ocurrencia de los riesgos. Para el efecto se estableció la importancia relativa de los procesos (sobre la base de los objetivos institucionales) y luego se determinaron los eventos críticos con su nivel de probabilidad de ocurrencia. Seguidamente se presenta el proceso metodológico seguido.



Mediante el análisis del mapa de procesos y el organigrama actual del Hospital Saint destacamos que cuenta con tres áreas, 4 dependencias y 7 oficinas; derivado de cada oficina señalamos algunos de los procesos más importantes que tiene cada una conforme se presenta en la tabla 1.



**Tabla 1**  
**Identificación de áreas dependencias, oficinas**  
**y procesos Hospital Saint 2017**

Ítems	Áreas o macro procesos	Dependencia	Oficinas	Procesos
1	Estratégico	Gerencia general	Oficina asesora de planeación	Formulación y seguimiento a la gestión estratégica
2				Implementación de gobierno corporativo
3		Oficina de control interno	Oficina de control interno	Formulación y seguimiento al S.G.C
4				Formulación y evaluación al SCI
5	Misionales	Subgerencias de servicios de salud	Salud pública	PYP y PIC
6			Oficina de participación social y sistema de información y atención al usuario ( SIAU)	Gestión de la comunidad en salud
7			Resolutiva	Garantía y mejoramiento de procesos de atención en salud
8	Apoyo	Subgerencia administrativa y financiera	Financiera	Facturación
9				Formulación y ejecución presupuestal
10				Registro y control a la información contable
11			Administrativa	Contratación (clientes)
12				Formulación y seguimiento a planes de mantenimiento
13				Gestión documental y estadística
14				Gestión del talento humano

**Fuente: Construcción propia a partir de la información del Hospital Saint.**

A partir del análisis de cuatro fuentes de información (misión, visión, objetivos estratégicos y política de calidad) establecimos los objetivos de la institución debidamente clasificados. Para la clasificación consideramos (de acuerdo al contenido u orientación de los objetivos) cuatro criterios asociados a calidad, impacto social, ampliación de cobertura, e innovación y desarrollo. Se determinaron 15 objetivos principales conforme se presenta en la tabla 2.

**Tabla 2**  
**Identificación de objetivos y su clasificación, Hospital Saint 2017**

Objetivos y clasificación de objetivos					
Calidad	Cobertura	Financiero	Innovación y desarrollo	Social	
Contar con equipo humano comprometido con la excelencia del servicio	Posicionarse como una de las mejores de la región.	Ser sostenible financieramente.	Mantener una infraestructura con tecnología apropiada.	Ser responsable socialmente	
Ofrecer servicios de salud de primer nivel					
Acreditar sus servicios de salud		Incrementar la eficiencia.		Beneficiar a la comunidad de la zona de influencia	
Incrementar la oportunidad en la prestación de los servicios de salud.					
Realizar actividades de asistencia extramural.		Incrementar la eficacia en la prestación de los servicios.		Ser sostenible socialmente.	
Capacitar al talento humano en los procesos misionales.					
Mejorar la calidad en la prestación de los servicios.					
Ejercer un mejoramiento continuo en todos los procesos.					
Satisfacer con seguridad los requerimientos de nuestros usuarios.					

**Fuente: Construcción propia a partir de la información del Hospital Saint**

Se procedió a relacionar los procesos respecto de su contribución al logro de los objetivos. En dicho cruce de información observamos que el total de calificaciones de los procesos que contribuyen al logro de los 15 objetivos previamente establecidos equivale a 148; el promedio determinado para cada proceso es aproximadamente 11, y la desviación estándar es de aproximadamente 3; el valor mínimo determinado de contribuciones al logro de los objetivos es 5 en el proceso de registro y control a la información contable (eje estratégico de apoyo, subgerencia administrativa y de apoyo, dependencia financiera); así mismo encontramos un valor máximo de 15 contribuciones al logro de los objetivos en el proceso de implementación de gobierno corporativo (eje estratégico, dependencia gerencia general, oficina asesora de planeación).

Con la desviación estándar se determinó un rango de calificación de acuerdo a la importancia relativa (cualitativa, alfabética y de color) con tres criterios (bajo, medio y alto); bajo corresponde a un rango de 8 o menos (con color verde), medio tiene un rango de 9 a 11 (con color amarillo) y alto, que posee un rango de 12 a 15 (con color rojo). Posteriormente se determinaron los factores de riesgos asociados a cada proceso.

En la identificación de riesgos se procedió a construir una propuesta en tres eventualidades de acuerdo a su probabilidad de ocurrencia para cada proceso. En la matriz efectuada se discutieron con algunos funcionarios de la entidad la propuesta de riesgos y se seleccionaron aquellos que ocurrieron en la dimensión de las eventualidades determinadas en cada proceso. De esta forma se identificaron 3 riesgos con calificación de probabilidad de ocurrencia alta o sistémica (dos misionales y uno en apoyo); 7 en media, posible/ocasional (3 estratégicos, 1 misional y 3 de apoyo); y 4 en baja probabilidad (1 estratégico y 3 en apoyo).



Con relación a los (14) procesos de la entidad cada uno de ellos tiene una serie de riesgos y una importancia relativa; el nivel de criticidad se estableció mediante la combinación de la importancia relativa respecto de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos determinados.

Destacamos que los procesos con mayor (alta) criticidad (3) son: PyP y PIC, garantía y mejoramiento de procesos de atención en salud, y gestión de talento humano. Los procesos de criticidad media (7) son; proceso formulación y seguimiento a la gestión estratégica, implementación de gobierno corporativo, formulación seguimiento al S.G.C, gestión de la comunidad en salud, formulación y ejecución de presupuestal, contratación – clientes, y gestión documental y estadística. Los procesos de criticidad baja (4) son: formulación y evolución al SCI, facturación, registro y control a la información contable, formulación y seguimiento a planes de mantenimiento. El resumen del análisis de criticidad se presenta en la tabla 3.



**Tabla 3**  
**Nivel de criticidad de los procesos, Hospital Saint 2017**

Ítem	Proceso	Criticidad
1	PyP y PIC	Alta
2	Garantía y mejoramiento de procesos de atención en salud	Alta
3	Gestión del talento humano	Alta
4	Formulación y seguimiento a la gestión estratégica.	Media
5	Implementación de Gobierno Corporativo	Media
6	Formulación y seguimiento al S.G.C	Media
7	Gestión de la comunidad en salud	Media
8	Formulación y ejecución presupuestal.	Media
9	Contratación (clientes)	Media
10	Gestión documental y estadística	Media
11	Formulación y evaluación al SCI	Baja
12	Facturación	Baja
13	Registro y control a la información contable	Baja
14	Formulación y seguimiento a planes de mantenimiento	Baja

**Fuente: Construcción propia a partir de la información del Hospital Saint**

Como consecuencia del análisis de criticidad efectuado, se observa que unos de los procesos de mayor criticidad es el de gestión del talento humano, el cual tomamos como muestra para verificar la aplicabilidad de los componentes del modelo COSO+ERM.

## 5.2. Proceso de gestión de talento humano

Se tomó el área de talento humano del Hospital Saint, como referente para desarrollar el análisis de riesgo bajo la metodología COSO+ERM. El proceso estratégico del área de Talento Humano es liderado desde la Subgerencia administrativa y financiera con el acompañamiento de un técnico administrativo y su propósito principal de proponer a la Gerencia y desarrollar

políticas, planes, programas y proyectos institucionales que permitan ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos del hospital (Hospital Saint, 2002).



Algunas funciones inherentes al talento humano son las siguientes:

1. Dirigir y controlar la ejecución de los procesos relacionados con la administración y desarrollo del talento humano, recursos tecnológicos, físicos, financieros, informáticos, servicios generales, archivo y correspondencia, y diligencias disciplinarias.
2. Establecer y desarrollar los mecanismos que garanticen la gestión eficaz de los recursos financieros, físicos y del talento humano con el fin de procurar niveles adecuados en términos de calidad, cantidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.
3. Dirigir y controlar la aplicación de las normas de carrera administrativa y seguridad social en lo relacionado con salud ocupacional, de conformidad con las normas vigentes.
4. Dirigir la elaboración y ejecución de los planes de bienestar social, capacitación e incentivos y programas de inducción y reinducción para el personal al servicio del hospital.
5. Responder por la oportuna y adecuada aplicación del sistema de evaluación y calificación del desempeño.
6. Responder por la debida aplicación del sistema de remuneración y el régimen prestacional vigente y realizar las proyecciones presupuestales relacionadas con la su aplicación.
7. Dirigir y controlar los procesos de análisis, descripción y valoración de los empleos y puestos de trabajo.
8. Responder por la actualización del manual específico de funciones y requisitos. (Hospital Saint, 2002)

El Hospital Saint, está comprometido a promover en su personal el desarrollo de los principios de mejoramiento continuo, atención centrada en el usuario y la familia y ante todo la transparencia desde la integralidad del ser humano. Por lo que es de gran importancia el mérito, la competencia y la formación requerida en el proceso de selección y promoción del personal, fortalecer el autocontrol a través de procesos de inducción, entrenamiento, formación y capacitación.

Se definen los siguientes lineamientos estratégicos para la gestión del Talento Humano: selección; descripción de perfiles; inducción, reinducción y entrenamiento; promoción del personal; capacitación; compensación; evaluación y desvinculación. El Hospital cuenta con 122 funcionarios organizados en 5 niveles jerárquicos. El nivel asistencial, técnico y profesional corresponde al 96% del personal respecto al nivel directivo y asesor (4%).



## 6. Aplicabilidad de COSO + ERM

Para verificar la aplicabilidad de COSO+ERM se definieron unos criterios de calificación con un perfil diagnóstico conforme se presenta en la tabla 4 en la cual se puede verificar cuatro (4) posibles situaciones:

- (1) Aquella situación en la cual se puede verificar la existencia de documentación sobre normas y procedimientos de control interno y se aplican de forma adecuada en la entidad, su calificación es eficiente y su perfil de diagnóstico indica que se debe mantener y mejorar tales normas y procedimientos (ponderación 100%, corresponde a una situación ideal);
- (2) Corresponde a aquella situación en la cual existe la documentación sobre normas y procedimientos de control interno, pero no se aplican en la entidad. En este caso su calificación es deficiente-moderado, y su perfil de diagnóstico indica que se debe aplicar y/o evaluar la aplicabilidad de tales normas y procedimientos de control interno documentadas en la entidad (ponderación 25%, pues sin las prácticas de control no se puede validar plenamente la documentación);
- (3) Se refiere a la situación en la cual no existe documentación sobre normas y procedimientos de control interno, pero existen actividades de control que dan cierto nivel de seguridad a la entidad. La calificación que se considera en este caso es deficiente-mínimo (no siempre lo que se hace es lo adecuado) y el perfil de diagnóstico se dirige a la necesidad de documentar las normas y procedimientos de control aplicables (ponderación 50%, las prácticas de control facilitarán su documentación y mejora); y
- (4) Corresponde a aquellas situaciones en las cuales no existe documentación sobre normas y procedimientos de control interno y tampoco se realizan (aplican) actividades de control en la entidad. Esta situación se califica como deficiente-Grave y el perfil de diagnóstico se dirige a la necesidad de documentar las normas y procedimientos de control y a efectuar las actividades de control correspondientes (ponderación 0%, en ausencia de documentación y prácticas de control).

**Tabla 4**  
**Criterios de análisis, calificación y perfil de diagnóstico evaluación del SCI del Hospital Saint**

No.	Criterio	Calificación	Ponderación (%)	Perfil de diagnóstico
1	Existe documento y se aplica	Eficiente	100	Se debe mantener y mejorar
2	Existe documento y no se aplica	Deficiente (moderado)	25	Aplicar y /o evaluar la aplicabilidad
3	No existe documento, pero existen actividades de control (se aplican)	Deficiente (mínimo)	50	Documentar
4	No existe documento ni actividades de control (no se aplican)	Deficiente (grave)	0	Documentar y aplicar

**Fuente: Martínez (2016).**





COSO+ERM presenta ocho componentes (ambiente de control, establecimiento de objetivos, identificación de eventos, evaluación del riesgo, respuesta al riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo), por cada componente se identificaron subcomponentes y sus elementos esenciales, y se consideraron los documentos soportes y regulaciones aplicables al hospital. Se examinó la existencia de documentación de normas y procedimientos de control interno y la existencia de prácticas de control en la entidad; a partir de tal revisión se confrontó con la dependencia encargada el establecimiento del perfil correspondiente y se asignó la calificación y ponderación señalada en la tabla 4, antes descrita.

Para sistematizar la información se diseñó una matriz para cada uno de los 8 componentes del modelo con sus respectivos subcomponentes y elementos, que permitió relacionar la evidencia sobre la documentación y / o prácticas de control interno, así como valorar el SCI con base en los criterios establecidos en la tabla 4. Luego se hizo un análisis de los resultados para cada componente de acuerdo a la información obtenida.

Como ejemplo vemos que para el análisis del componente 1, **Ambiente de control**, se presentan cuatro subcomponentes o principios evaluados:

- a) Compromisos para con la integridad y los valores éticos, tiene tres elementos asociados
  - En el análisis de estándares de conducta se verificó que la entidad cuenta con un manual de ética y buen gobierno, pero la práctica de control verificada es que no se socializa dicho manual ni se realizan prácticas de control sobre el mismo, es decir, se incumple de forma sistemática en la entidad.
  - Para el caso de incentivos se observó que existe un plan anual de bienestar social e incentivos, pero la práctica de control demostró que la injerencia o direccionamiento de la alta dirección en el comité genera dificultades en la toma de decisiones, es decir, no se cumple con lo plasmado en el plan.
  - En lo concerniente al compromiso de la competencia encontramos que existe un plan anual de capacitaciones, elaborado de manera participativa pero el examen de las actividades de control demostró que no se le da el cumplimiento acordado a dicho plan por un presupuesto limitado.

En todos los elementos señalados encontramos que el perfil de diagnóstico tiene una calificación de 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25% (ver tabla 4).



b) Independencia de la junta de directores respecto de la administración y si ella ejerce vigilancia en el desarrollo y ejecución del control interno; los elementos asociados son dos:

- La existencia de *Consejo de directores o comité* de auditoría; en este elemento vemos que la documentación de control explica que existe un comité de control interno, pero las prácticas de control demuestran que existe un incumplimiento de los objetivos planteados en dicho comité, situación aludida a las formas de injerencia de la dirección general. El perfil de diagnóstico es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%.
- La definición de una *Filosofía y estilo de operación de la administración*, está documentada, es clara y coherente con la regulación y se aplican en los registros de documentos asociados; como práctica de control vemos que la información y comunicación financiera derivada en este elemento es registrada de manera acorde con la normatividad vigente. El perfil de diagnóstico es 1 (calificación de eficiente) y una ponderación de 100%.

c) Establecimiento de estructuras, líneas de presentación de reporte, autoridades y responsabilidades adecuadas para el logro de los objetivos (función asignada a la administración, con la vigilancia de la junta). Los elementos asociados son dos:

- Estructura organizacional, en la documentación analizado destacamos que se llevó a cabo realizó una reestructuración administrativa en 2015 que fue debidamente documentada, pero en las prácticas de control observamos que no existe claridad en roles de los funcionarios consultados.
- Asignación de autoridad y responsabilidad, en el análisis documental vemos que se reconoce la autoridad de los funcionarios directivos y coordinaciones, mientras que en las prácticas de control observamos iniciativas muy limitadas en los funcionarios y una desactualización de manuales existentes.

En ambos elementos encontramos que el perfil de diagnóstico es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25% (ver tabla 4).

d) Compromiso para atraer, desarrollar, y retener personas competentes, en la búsqueda de los objetivos la organización. Para este subcomponente determinamos el elemento de Políticas y prácticas sobre recursos humanos. En el análisis documental encontramos que existen planes de inducción y re inducción, manual del buen gobierno, plan anual de capacitación, plan anual de bienestar e incentivos; las prácticas de control permitieron



verificar que existen deficiencias en socialización y actualización de manuales, asignaciones presupuestales y pagos limitados (escasos), e incumplimientos en programas de salud ocupacional. El perfil de diagnóstico es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%.

El resumen de los datos de análisis del componente de ambiente de control se presenta en la tabla 5.

**Tabla 5**  
**Evaluación componente 1de COSO+ERM a la gestión del talento humano, Hospital Saint 2017**

Ítem	Componente /indicador				Perfiles de diagnóstico				Calificación	
	Ambiente de control	Elementos	Documentación	Prácticas	1	2	3	4		Conclusión
1	a) Compromisos para con la integridad y los valores éticos	Estándares de conductas	Existe manual de ética y buen gobierno	No se socializa de manera permanente, incumplimiento sistemático		SI			Deficiente	0
2		Incentivos	Existe un plan anual de bienestar social e incentivos	La injerencia de la alta dirección en el comité genera dificultades en la toma de decisiones / no se cumple con lo plasmado en el plan		SI			Deficiente	0
3		Compromiso de la competencia	Existe un plan anual de capacitaciones, elaborado de manera participativa	No se le da el cumplimiento acordado, limitado presupuesto		SI			Deficiente	0
4	b) La junta de directores demuestra independencia ante la administración y ejerce vigilancia ... control interno	Consejo de directores o comité de auditoría.	Existe un comité de control interno.	incumplimiento de objetivos planteados en dicho comité por injerencia de la dirección		SI			Deficiente	0
5		Filosofía y estilo de operación de la administración	Se aplican los registros en documentos asociados	La información financiera es registrada a la normatividad vigente	SI				Eficiente	100
6	c)La administración establece las estructuras, líneas de presentación de reporte, y las autoridades y responsabilidades apropiadas en la búsqueda de los objetivos	Estructura organizacional	Se llevó a cabo una reestructuración administrativa en 2015	No existe claridad en roles de los funcionarios		SI			Deficiente	0
7		Asignación de autoridad y responsabilidad	Se reconoce la autoridad de los funcionarios directivos y coordinaciones	Limitadas iniciativas de los funcionarios /desactualización de manuales		SI			Deficiente	0
8	d) demuestra el compromiso para atraer, desarrollar, y retener personas competentes	Políticas y prácticas sobre recursos humanos.	Existen planes de inducción y re inducción, manual del buen gobierno, plan anual de capacitación, plan anual de bienestar e incentivos	Deficiencias en socialización y actualización de manuales, asignaciones presupuestales y pagos. incumplimiento en salud ocupacional		SI			Deficiente	0

**Fuente: Construcción propia a partir de la información del Hospital Saint y de la guía de Martínez (2016).**



Establecida la conclusión de cada elemento, se consideró un elemento binario de ponderación porcentual en la cual las conclusiones de los elementos calificadas como eficiente tienen una ponderación de 100%, mientras que las deficientes 0%. En el caso de la tabla 5, por ejemplo, sólo un elemento de 8 posibles obtuvo una ponderación de 100 y los demás 0%; en consecuencia, al dividir  $100/8$  resulta una calificación de 12.5% para el componente.



Se procedió a efectuar el mismo análisis con los demás componentes y subcomponentes de control con los siguientes resultados:

Análisis componente 2. **Establecimiento de objetivos**, con 4 subcomponentes:

- a) Establecimiento de objetivos que se basen en las metas que la administración desea alcanzar. El elemento asociado corresponde a si los objetivos guardan conformidad entre las prácticas y rendimientos que la administración define como prioridad, por tal razón los objetivos deben ser comprensibles y medibles. En la indagación documental vemos que la entidad cuenta con una misión y visión, y las prácticas de control evidencian que la misión y visión se verifican y están alineadas con los objetivos estratégicos. El perfil de diagnóstico es 1 (calificación de eficiente) y una ponderación de 100%.
- b) Los objetivos deben abarcar todas las actividades que integran la entidad, el elemento asociado corresponde a si los objetivos se categorizan en estratégicos, metas de alto nivel, operacionales, de reporte y de cumplimiento. En la revisión documental vemos que la entidad cuenta con objetivos institucionales, procesos y procedimientos, pero en las prácticas de control observamos que los objetivos carecen de procesos y procedimientos actualizados para el control de cumplimiento. El perfil de diagnóstico es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%.
- c) Dentro de los objetivos de una entidad existe una correlación entre los mismos (el cumplimiento de todos asegura el éxito de una entidad). El elemento asociado corresponde a la consecución de objetivos. El examen documental demostró que se reporta el cumplimiento de algunos de los objetivos de acuerdo a los niveles de importancia y prioridad de forma periódica, mientras que las prácticas de control demostraron que existen falencias en la evaluación de objetivos que limitan su cumplimiento efectivo (no existe la evaluación sistemática del cumplimiento de objetivos institucionales). El perfil de diagnóstico es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%.
- d) La tolerancia al riesgo, considerada como aquella desviación aceptable de desvío de logros respecto de los objetivos establecidos por la entidad. El elemento que asociamos corresponde a la alineación de la tolerancia



respecto del apetito de riesgo. La indagación documental mostró que no existe documento alguno donde se registre niveles de tolerancia al riesgo y su relación con los logros de los objetivos de la entidad, ni actividades de control encaminadas a la determinación y valoración de tal correlación o alineación. El perfil de diagnóstico es 4 (calificación de cumplimiento deficiente grave) y una ponderación de 0%.



Como conclusión del componente 2, **Establecimiento de objetivos**, vemos que sólo un elemento de 4 posibles obtuvo una ponderación de 100 (eficiente) y los demás 0%; en consecuencia, al dividir  $100/4$  resulta una calificación de 25%.

Análisis componente 3. **Identificación de eventos/acontecimientos**. Se identificaron dos subcomponentes:

- a) La administración reconoce y comprende la importancia de factores internos y externos y los eventos que pueden estar asociados a ellos. El elemento asociado es si los eventos determinados identifican potenciales impactos que afectan la implementación de la estrategia y logro de los objetivos (de forma positiva, negativa o ambas). En la revisión encontramos que no existe documento que vincule los eventos respecto de sus potenciales impactos y en no existen prácticas de control encaminadas a evaluar tales vinculaciones.
- b) La entidad ha definido una metodología mediante el uso de varias técnicas (aplicadas al pasado y al futuro) para identificar probabilidades de que ocurrencia de un evento con una respuesta eficiente al impacto previsible. Se determinaron 4 elementos correspondientes a la existencia de un inventario de eventos, un análisis interno, un análisis del flujo de proceso y la determinación de unas metodologías para datos de eventos con pérdidas; la revisión permitió establecer que no existe documentación en la entidad sobre los elementos mencionados y no existen prácticas de control relacionadas con la verificación de existencia, documentación y actualización de los elementos señalados.

El perfil de diagnóstico en ambos subcomponentes es 4 (calificación de cumplimiento deficiente grave) y una ponderación de 0%. Como conclusión del componente 3, **Identificación de eventos/acontecimientos**, vemos que todos los elementos (de 5 posibles) obtuvieron una ponderación de 0% (ninguno es eficiente); en consecuencia, al dividir  $0/5$  resulta una calificación de 0%.

Análisis componente 4. **Evaluación de riesgo**. Se establecieron dos subcomponentes:

- a) La evaluación de riesgos para el logro de los objetivos la entidad considera el potencial por el fraude. Se asoció un elemento de identificación sobre si los riesgos se administran, al atender la existencia de un medio interno y externo cambiante.



- b) La organización identifica y valora los cambios en la dimensión en que los mismos impacten el sistema de control interno (SCI). El elemento asociado es si la evaluación de riesgos se realiza desde las perspectivas de ocurrencia e impacto en el SCI.



En ambos subcomponentes se encontró, como documentación de control, que la entidad cuenta con un mapa de riesgos (debidamente formalizado y publicado), mientras que las entrevistas demostraron que no se realizan prácticas de control relacionadas con la evaluación de riesgos, el mapa de riesgos está desactualizado, su proceso no fue participativo y no es utilizado en la entidad. En estas condiciones, los subcomponentes y elementos señalados tienen un perfil de diagnóstico 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%. Como conclusión del componente 4, **Evaluación de riesgo**, vemos que los dos elementos determinados obtuvieron una ponderación de 25% cada uno y por lo tanto no se obtuvo eficiencia en ninguno de ellos; en consecuencia, al dividir 0/2 resulta una calificación de logro de 0% en este componente.

Análisis componente 5. **Respuesta al riesgo**. Tiene dos subcomponentes:

- a) La dirección identifica y valora posibles respuestas al riesgo.
- b) Las respuestas a los riesgos identificados se clasifican de forma adecuada, con el fin de mantener el riesgo residual dentro de los parámetros aceptables para la entidad.

Para ambos subcomponentes encontramos que en el mapa de riesgos se establecen unas posibles respuestas a los riesgos y una clasificación de los mismos (entre los cuales se identificaron unos riesgos residuales); no obstante, se pudo establecer que no se realizan prácticas de control sobre la identificación, evaluación y clasificación de las respuestas a los riesgos. De igual forma la existencia del mapa de riesgos desactualizado y su nulo uso para la gestión y control en la entidad permitieron establecer una ponderación en ambos subcomponentes y elementos señalados un perfil de diagnóstico 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%. Como conclusión del componente 5, **Respuesta al riesgo**, vemos que los dos elementos determinados obtuvieron una ponderación de 25% cada uno y por lo tanto no se obtuvo eficiencia en ninguno de ellos; en consecuencia, al dividir 0/2 resulta una calificación de logro de 0% en este componente.

Análisis componente 6. **Actividades de control**. Tiene 3 subcomponentes relacionados que permiten indagar si la organización:

- a) Elige y despliega actividades de control dirigidas a la mitigación de los riesgos, hasta niveles aceptables. El elemento asociado es la existencia (ocurrencia) de actividades tendientes a verificar la mitigación a niveles

aceptables del riesgo y su documentación correspondiente. En el análisis documental observamos que existen planes de mejora derivados de una evaluación anterior de mapa de riesgo, pero en la actualidad las actividades de control son nulas en este elemento (no se desarrollan actividades tendientes a verificar la mitigación a niveles aceptables del riesgo). El perfil de diagnóstico para este elemento es 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25%.



- b) Escoge y realiza las actividades de control sobre la tecnología para el logro de los objetivos. El elemento correspondiente es la verificación de los sistemas de información que posee la entidad; En la revisión se encontró un documento e informe de auditoría sobre los sistemas de información. De igual manera se destaca que en la entidad se desarrollan diferentes procesos de auditoría sobre la tecnología que garantizan la sincronía utilizada para garantizar objetivos (el manejo de la tecnología es sensible para la facturación de ingresos y asociación de costos). El perfil de diagnóstico para este elemento es 1 (eficiente) y una ponderación de 100%.
- c) Despliega las actividades de control basados en políticas que prescriben lo que se espera y en procedimientos relevantes para llevar a cabo esas políticas.



En este subcomponente se determinaron dos elementos que deben existir: (1) una política que establece lo que debe hacerse y (2) unos procedimientos que definen como ejecutarlo. En la revisión documental se encontró un plan operativo y plan de desarrollo que involucra las políticas de lo que debe hacer y existen unos protocolos sobre las formas de ejecución. Las acciones de control (verificadas en informes anuales) demuestran que se revisa el cumplimiento de las políticas y los procedimientos correspondientes. El perfil de diagnóstico para este elemento es 1 (eficiente) y una ponderación de 100%.



Como conclusión del componente 6, **Actividades de control**, vemos que los cuatro elementos determinados tres obtuvieron una calificación de eficiente (100% cada uno) y uno fue calificado como deficiente (0%). En consecuencia, al dividir 300/4 resulta una calificación de logro de 75% en este componente.

Análisis componente 7. **Información y comunicación**. Tiene tres componentes relacionados con si la organización



- a) Consigue, o emite, y utiliza información de calidad, relevante, que contribuya al desempeño de los demás componentes del SCI. Se asoció un elemento relacionado con obtención y generación de la información en la entidad. En la información documental verificamos que existen las tablas de retención y valoración documental con sus protocolos y procedimientos establecidos; no obstante, en la entidad no se desarrollan acciones de control relacionadas con el cumplimiento y adecuado uso de las tablas de retención y valoración documental, ni sus protocolos y procedimientos.



b) Comunica (perspectiva interna) la información que apoya al funcionamiento de los demás componentes del SCI. El elemento relacionado es si existen protocolos internos de uso, comunicación y retroalimentación de la información en la entidad. Aunque, de forma muy general, existen algunas disposiciones internas relacionadas con la comunicación de la información (actos administrativos) y una plataforma que la facilita, destacamos que las prácticas de control no evalúan la periodicidad, la calidad de la información, el logro de objetivos ni las responsabilidades por incumplimientos de los protocolos internos establecidos. La entrevista realizada denotó que existen problemas de comunicación interna que no permiten la fluida información entre dependencias, y que se solicita reiteradamente la misma información por diferentes dependencias sin que exista retroalimentación.

c) Se comunica con terceros (perspectiva externa) en los asuntos que afectan o pueden afectar el desempeño de los otros componentes del SCI. El elemento relacionado es si existen y se utilizan medios para la comunicación con terceros de información de la entidad. La entidad apoya tal proceso de comunicación con terceros a través de su página web y mediante información física (verificada en las tablas de retención documental); sin embargo, se pudo verificar un permanente incumplimiento de la entrega de información solicitada por terceros, no se entrega oportunamente informes para los entes de control y la página web no direcciona las solicitudes de terceros, sino que entran a un buzón que no se revisa o atiende de forma permanente; la entrevista presentó como una dificultad fundamental la falta de compromiso del personal para la comunicación con terceros.

Los subcomponentes y elementos señalados tienen un perfil de diagnóstico 2 (calificación de cumplimiento deficiente moderado) y una ponderación de 25% cada uno. Como conclusión del componente 7, **Información y comunicación**, vemos que no se obtuvo eficiencia en ninguno en los elementos determinados (calificación de 0%); en consecuencia, al dividir 0/3 resulta una calificación de logro de 0% en este componente.

Análisis componente 8. **Monitoreo/Supervisión.** Contiene dos subcomponentes que se orientan a determinar si la organización:

a) Selecciona y realiza evaluaciones continuas, separadas, para comprobar que los componentes del SCI están presentes y que funcionan adecuadamente. Se asoció un elemento que se refiere a la existencia de resultados de evaluaciones independientes (autoevaluaciones de auditoría interna, otras evaluaciones objetivas realizadas por unidades operativas o funcionales o personal diferente a los responsables de las actividades que se evalúan, o por entidades o pares externos a la organización).



- b) Valora y comunica las carencias del SCI de manera oportuna a los responsables de ejecutar actividades correctivas.

En la revisión documental encontramos que existen programas de auditoría anual y actas de resultados de auditoría interna en las cuales se verifica la realización de evaluaciones periódicas de la unidad de control interno desde un modelo particular de control (MECI), lo cual permite validar el cumplimiento del literal a). De igual forma se destaca que existe constancia en las mismas actas de deficiencias del control interno y se remiten a la administración para determinar las actividades correctivas (cumplimiento del literal b). Se puede afirmar con base en la revisión documental y las prácticas de control verificadas que se cumple de manera eficiente con la actividad de monitoreo en los dos subcomponentes y elementos señalados, lo cual determina un perfil de diagnóstico 1 (eficiente) y una ponderación de 100% cada uno. Como conclusión del componente 8, **Monitoreo**, vemos que se obtuvo eficiencia en los elementos determinados (calificación de 100% cada uno); en consecuencia, al dividir 200/2 resulta una calificación de logro de 100% en este componente.

El resumen de los resultados de la aplicación de un criterio de ponderación dual (cumple o no) en la evaluación de cada componente del sistema de control interno desde el modelo COSO+ERM se presenta en la tabla 6; se puede observar que los componentes eficientes fueron el 8 y 6, un deficiente moderado correspondió al componente 2, mientras que los componentes 3, 4, 5 y 7 fueron calificados como deficiente grave. De dichos resultados destacamos que aparentemente existen dos componentes calificados como eficientes (en los cuales existe documentación y prácticas de control), pero las deficiencias en los demás componentes permiten concluir que todo el SCI es inadecuado.

**Tabla 6. Resultados evaluación componentes de COSO+ERM aplicado al proceso de gestión del talento humano Hospital Saint, 2017**

Número y nombre de cada componente COSO+ERM	Calificación Cualitativa	% logrado
Componente 1. Ambiente de control	Deficiente-grave	12.50%
Componente 2. Establecimiento de objetivos	Deficiente -moderado	25%
Componente 3. Identificación de eventos / acontecimientos	Deficiente - grave	0%
Componente 4. Evaluación del riesgo	Deficiente - grave	0%
Componente 5. Respuesta al riesgo	Deficiente - grave	0%
Componente 6. Actividades de control	Eficiente	75%
Componente 7. Información y comunicación	Deficiente - grave	0%
Componente 8. Monitoreo y supervisión	Eficiente	100%

**Fuente: Construcción propia a partir de la información del Hospital Saint y de la guía de Martínez (2016).**



## Conclusiones y recomendaciones

El modelo de control interno COSO + ERM permite realizar un diagnóstico completo y efectivo porque identifica riesgos y evalúa controles e incluye en su filosofía el concepto de administración de riesgos, el cual contiene herramientas de planeación estratégica haciéndolo más versátil y no limitándolo exclusivamente a un sector económico determinado.



Un diagnóstico comparativo MECI – COSO + ERM de la E.S.E Hospital Saint, permitirá reconocer que aspectos han obstaculizado la implementación del componente de gestión del riesgo; la entidad inició el desarrollo de dicho componente en 2007 y se ajustó en 2014, pero aún no se ha podido desarrollar en su totalidad.

De acuerdo a los resultados del diagnóstico se quieren formular estrategias para la mejora de la gestión en la E.S.E Hospital Saint, lo que permitiría al ser implementadas y sostenidas adecuadamente lograr beneficios en el cumplimiento de los objetivos institucionales de acuerdo a los establecidos por el DAFP (2011) (2014).



Los procesos de mayor criticidad del hospital (como resultado de la combinación de objetivos institucionales, procesos, eventos y probabilidad de ocurrencia de tales eventos) corresponden a (1) promoción y prevención y plan de intervenciones colectivas (PyP y PIC), (2) garantía y mejoramiento de procesos de atención en salud y (3) gestión del talento humano.

El SCI de la entidad aparentemente cumple con unas disposiciones legales (existencia), pero su implementación y desarrollo, conforme al diagnóstico realizado, demuestra que es ineficiente y que requiere una voluntad administrativa, unas documentaciones y prácticas permanentes que garanticen el logro de los objetivos de la organización.



Las debilidades del SCI determinadas, por lo tanto, nos permiten identificar que la entidad está desatendiendo sus objetivos y funciones, las prácticas de control son insuficientes en el modelo que implementan y no existe una cultura de control en la organización. La materialización (impacto) de los factores de riesgo en la entidad presentan una mayor probabilidad de ocurrencia por las debilidades del SCI, lo cual puede impedir al hospital el desarrollo de sus funciones y el logro de sus objetivos.



Aplicada la metodología del COSO+ERM se encuentra que los componentes eficientes corresponden únicamente a las actividades de control y monitoreo y supervisión componentes 6 y 8, mientras que los derivados como deficiente moderado sería el componente 2 establecimiento de objetivos, mientras que los componentes de ambiente de control, identificación de evento, evaluación de riesgo, respuesta al riesgo e información y comunicación son calificados como deficientes graves, la institución deberá por lo tanto atender este análisis para

lograr volver los procesos de deficientes a eficientes y mantener y mejorar su sistema de control interno.

Si bien se debe cumplir con las disposiciones legales en materia de control interno, es preponderante la disposición organizacional para establecer, garantizar y mantener un SCI adecuado que contribuya a (1) la determinación, seguimiento y evaluación permanente de objetivos, (2) la eficiencia y efectividad de las funciones, y (3) la evaluación de factores de riesgos y componentes de control aplicables a la entidad.



### Referencias

Arboleda, G. W. (2011). El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como herramienta que facilita el proceso de gestión escolar en una Institución Educativa. Manizales, Colombia.

Arévalo, N., & Quinche, F. (s.f.). *fabianquinche.jimdo.com*. Recuperado el 28 de octubre de 2016, de [fabianquinche.jimdo.com/articulo-y-libros/](http://fabianquinche.jimdo.com/articulo-y-libros/)

Cabedo Semper, J. D., & Tirado Beltrán, J. M. (2016). Cantidad y calidad de información de riesgos divulgada por las empresas españolas: Un análisis en periodos diferentes del ciclo económico. *Revista de Contabilidad – Spanish Accounting Review* 19, 2, 261–270. Obtenido de <file:///C:/Users/ESTEBAN/Downloads/Dialnet-CantidadYCalidadDeInformacionDeRiesgosDivulgadaPor-5607160.pdf>

Cardenas Mapura, J. (2012). *Evaluación del impacto del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como herramienta de gestión para algunas entidades públicas de la ciudad de Palmira*. Obtenido de Biblioteca digital Universidad Nacional de Colombia <http://www.bdigital.unal.edu.co>: <http://www.bdigital.unal.edu.co/5766/1/7709006.2012.pdf>

Casares, I. (2013). *Proceso de gestión de riesgos y seguros*. Madrid: Molinuevo, graficos,SI.

Cifuentes, B. P. (2015). Auditoría del servicio. *CES Salud Pública No 6*, 102-115. Obtenido de <file:///C:/Users/ESTEBAN/Downloads/3274-16820-3-PB.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2005). Decreto 1599 de 2005. *Repositorio Digital de documentación en materia de Gestión Documental*,. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta Nacional. Obtenido de Colombia. El Congreso de la República, “,” [Repositorio Digital de documentación en materia de Gestión](http://www.repositorio.digita.gov.co/)



Documental, revisado 30 de mayo de 2017,  
<http://www.archivogeneral.gov.co/normatividad/items/show/143>.

COSO. (2013). *Control Interno - Marco integrado*. (pwc, Trad.) Madrid: Instituto de Auditores de España.



DAFP. (Septiembre de 2011). <http://www.funcionpublica.gov.co>. Obtenido de Guía para la administración del riesgo: <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/f73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>

DAFP. (2014). <http://www.funcionpublica.gov.co>. Obtenido de Manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano MECI 2014: <http://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>



Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (21 de mayo de 2014). Decreto 943 de 2014. *Diario Oficial No. 49.158*. Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta Nacional. Obtenido de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto\\_0943\\_2014.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0943_2014.htm)

Estupiñan, R. (2015 b). *Administración de riesgo E.R.M. y la auditoría interna*. Bogotá: Ecoediciones.

Estupiñan, R. (2015). *Control interno y fraudes*. Bogotá: Ecoe ediciones.



Estupiñan, R. (2015). *Control interno y fraudes*. Ecoe ediciones.

Fortinch, F. E. (2015). *El modelo estándar del control interno MECI en los hospitales públicos colombianos - E.S.E*. Bogotá.

Gallego Gil, L., & Mejía Osorio, G. (2013). *Valoración y propuesta de mejoramiento del componente de administración del riesgo de la Alcaldía Municipal de La Virginia Risaralda*. Obtenido de <http://repositorio.utp.edu.co>: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/4915/658155G166.pdf?sequence=1>



Gonzalez, F. A. (25 de Noviembre de 2009). *Proceso de gestión ambiental del riesgo misional en la empresa EMPOCABAL E.S.P - E.I.C.E del municipio Santa Rosa de Cabal, Risaralda*. Obtenido de <http://repositorio.utp.edu.co>: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/1207/333715G643p.pdf?sequence=1>

Gonzalo Iglesia, J. L., & Farré Coma, J. (2011). *Teoría de la comunicación del riesgo*. Barcelona: Uoc- Anglofort.

Hospital Saint. (2002). [www.hospitalsanrafael.gov.co](http://www.hospitalsanrafael.gov.co). Obtenido de <http://hospitalsanrafael.gov.co/2016/index.php/la-entidad/historia>

Isaza, A. T. (2012). *Sistema de Control Interno y de Gestión de Calidad*. Ediciones de la U.

Londoño Gómez, L. P., & Nuñez P., M. A. (Abril - junio de 2010). Desarrollo de la Administración de Riesgo- diagnóstico de grandes empresas del área metropolitana del Valle de Aburra. *Revista Universidad Eafit* 158, 42, 38-58. Obtenido de file:///C:/Users/ESTEBAN/Downloads/746-2137-1-PB.pdf

Martínez Salinas, E. (10 de Septiembre de 2016). Notas de clase Esp. Control Interno Universidad de la Amazonía. *Políticas e indicadores de control interno*. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia.

Ministerio de Salud de Colombia. (5 de Agosto de 2014). Resolución 5261. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta Oficial. Obtenido de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R5261\\_94.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R5261_94.pdf)

Presidencia de la República de Colombia. (22 de junio de 1994). Decreto 1298 de 1994. *Diario Oficial No. 41.402*. Bogotá, D.C., Cundinamarca, Colombia: Imprenta Nacional. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Decreto-1298-1994.pdf>

Rodriguez, M., Piñeiro, C., & De Llanos, P. (2013). Mapa de Riesgos: Identificación y Gestión. *Atlantic Review of Economics*, 2, 1-29. Obtenido de [http://www.unagaliciamoderna.com/eawp/coldata/upload/mapa\\_de\\_riesgos\\_19\\_06\\_13.pdf](http://www.unagaliciamoderna.com/eawp/coldata/upload/mapa_de_riesgos_19_06_13.pdf)

Sánchez, C. (2013). Unidad 8. Prevención de accidentes- organización. *Instituto Superior de Formación*, 7.

Tocabens, B. (20 de septiembre de 2011). *scielo - Biblioteca virtual electrónica de las revistas cubanas de medicina*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014)

