CONTROL INTERNO

INFORME DE AUTO-EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

SECRETARÍA DE SALUD

DICIEMBRE 2019

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN……. **3**

II. NATURALEZA Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN……. **3**

III. RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO…… **5**

A. CALIFICACIÓN GLOBAL DEL CONTROL INTERNO
B. RESULTADOS POR COMPONENTE Y POR PRINCIPIO DE CONTROL
C. RESULTADOS DEL CONTROL INTERNO POR NIVEL DE RESPONSABILIDAD

IV. PROPUESTAS ……. **9**

A. NIVEL ESTRATÉGICO
B. NIVEL DIRECTIVO
C. NIVEL OPERATIVO

V. COMENTARIOS……. **20**

VI. RECOMENDACIONES……..... **27**

VII. CONCLUSIÓN……. **27**

INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

I. INTRODUCCIÓN

Con fundamento en el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) y en el Manual de Administrativo de Aplicación de las disposiciones en materia de control interno, así como parte del compromiso adquirido por **SECRETARIA DE SALUD (SS)** para la implementación del Sistema de Control Interno Institucional, la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas en coordinación con la Unidad Especializada de Control Interno llevaron a cabo el proceso de Autoevaluación.

El proceso de auto-evaluación permite realizar una comparación de la percepción del personal respecto al desempeño de la Institución en referencia a los cinco componentes (Ambiente de Control, Administración de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, Supervisión y Mejora) y los 17 principios que establece el Modelo Estándar del Marco Integrado del Control Interno (MEMICI), donde los resultados que de esta se deriven, servirán como punto de partida para determinar las acciones necesarias a implementar en la Institución e integrar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), permitiendo así la mejora continua.

II. NATURALEZA Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

La auto-evaluación de control interno efectuada en la **SECRETARIA DE SALUD (SS),** se realizó el día **27 de Noviembre de 2019** a través del Sistema de Evaluación del Control Interno (SECI), con la participación de **253 Servidores Públicos** de los Niveles Estratégico, Directivo y Operativo, utilizando como referencia técnica el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) y las mejores prácticas en la materia.

Cabe señalar que la muestra incluyó personal de la Secretaría de Salud, así como de Servicios de Salud a excepción de (ISSREEI y el REEEPS).

La participación activa de los funcionarios y empleados posibilitó realizar el proceso de auto-evaluación en cada uno de los componentes, dando cumplimiento al **100%** de la muestra requerida del personal como se menciona a continuación:

SS		
NIVEL	**TOTAL**	**CONCLUIDAS**
ESTRATEGICO	8	8
DIRECTIVO	44	44
OPERATIVO	201	201

Al realizar la autoevaluación del control interno se consideraron las actividades desarrolladas en relación a los siguientes componentes:

- Ambiente de Control
- Administración de Riesgos
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Supervisión

Para la comprensión del proceso de autoevaluación, la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas, realizó una sesión con los miembros de la Unidad Especializada de Control Interno para la difusión sobre el proceso a seguir, además de presentar el Sistema de Evaluación de Control Interno (SECI), el método para calificar y valorar las respuestas por cada componente.

Así mismo la Institución llevó a cabo sesiones de difusión sobre el proceso de Autoevaluación.

Los comentarios y propuestas de mejora presentadas se realizaron en forma directa por los participantes. Las calificaciones obtenidas, las propuestas de mejora y recomendaciones son importantes para actualizar y mejorar el diseño, la aplicación y el funcionamiento del control interno de la **SECRETARIA DE SALUD (SS)**, dichos resultados se detallan en el siguiente capítulo.

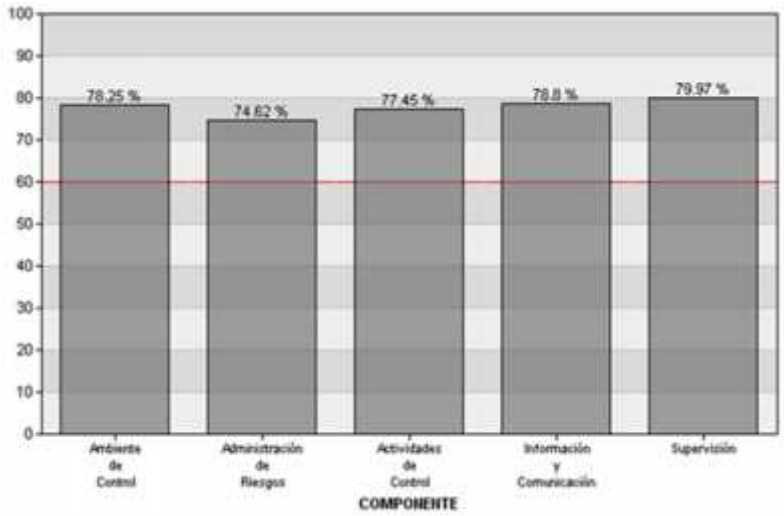
III. RESULTADOS DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO

El proceso de autoevaluación implica una comparación de la propia institución con respecto al Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), el cual provee criterios para evaluar el diseño, implementación y la eficacia operativa del control interno, por lo que la evidencia que respalde los resultados de cada uno de los componentes, debe estar disponible en todo momento para su verificación.

A. CALIFICACIÓN GLOBAL DEL CONTROL INTERNO

Los resultados globales del proceso de autoevaluación del Control Interno aplicado en la **SECRETARIA DE SALUD (SS)**, corresponden a las autoevaluaciones de **253 Servidores Públicos** de los Niveles Estratégico, Directivo y Operativo.

Componente	Grado de Cumplimiento	Calificación
Ambiente de Control	78.25 %	Aceptable
Administración de Riesgos	74.62 %	Aceptable
Actividades de Control	77.45 %	Aceptable
Información y Comunicación	78.8 %	Aceptable
Supervisión	79.97 %	Aceptable
TOTAL	**77.82 %**	**Aceptable**



La calificación global en la **SECRETARIA DE SALUD (SS)** se valoró con **77.82 %** calificado como **"Aceptable"**, por arriba del nivel mínimo aceptable que es de 60%, el cual es susceptible de mejoras.

Aspectos destacables:

- El componente **Supervisión (Más Alto)** fue calificado como **"Aceptable"** y representa el **79.97%** de la valoración.
- Por otro lado, el componente **Administración de riesgos (Más Bajo)** fue calificado como **"Aceptable"** y representa el **74.62%**.

  Nota: Los resultados por principio de control se detallan en el siguiente capítulo.

B. RESULTADOS POR COMPONENTE Y POR PRINCIPIO DE CONTROL

Los componentes del control interno representan el nivel más alto en la jerarquía del Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno, los cuales deben ser diseñados e implementados adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el control interno sea apropiado.

Los cinco componentes de control interno son:

- **Ambiente de Control**. Es la base del control interno. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos institucionales.

- **Administración de Riesgos**. Es el proceso que evalúa los riesgos a los que se enfrenta la institución en la procuración de cumplimiento de sus objetivos. Esta evaluación provee las bases para identificar los riesgos, analizarlos, catalogarlos, priorizarlos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materialización, incluyendo los riesgos de corrupción.

- **Actividades de Control**. Son aquellas acciones establecidas, a través de políticas y procedimientos, por los responsables de las unidades administrativas para alcanzar los objetivos institucionales y responder a sus riesgos asociados, incluidos los de corrupción y los de sistemas de información.

- **Información y Comunicación**. Es la información de calidad que la administración y los demás servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno y dar cumplimiento a su mandato legal.

- **Supervisión**. Son las actividades establecidas y operadas por las unidades específicas que el Titular ha designado, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno mediante una vigilancia y evaluación periódicas a su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se apoya, por lo general, en unidades específicas para llevarla a cabo. Las Entidades Fiscalizadoras Superiores y otros revisores externos proporcionan una supervisión adicional cuando revisan el control interno de la institución, ya sea a nivel institución, división, unidad administrativa o función.

  La supervisión contribuye a la optimización permanente del control interno y, por lo tanto, a la calidad en el desempeño de las operaciones, la salvaguarda de los recursos públicos, la prevención de la corrupción, la oportuna resolución de los hallazgos de auditoría y de otras revisiones, así como a la idoneidad y suficiencia de los controles implementados.

Así mismo, los 17 principios del Modelo, respaldan el diseño, implementación y operación de los componentes asociados de control interno y representan los requerimientos necesarios para establecer un control interno apropiado, es decir, eficaz, eficiente, económico y suficiente conforme a la naturaleza, tamaño, disposiciones jurídicas y mandato de la institución.

Conforme al Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno (MEMICI), a continuación se muestra una tabla con los resultados por componente, así como por cada uno de los 17 principios que lo integran, donde se observa que los porcentajes de cumplimiento van de **67.4-88.04%.**

TABLA DE GRADO DE CUMPLIMIENTO

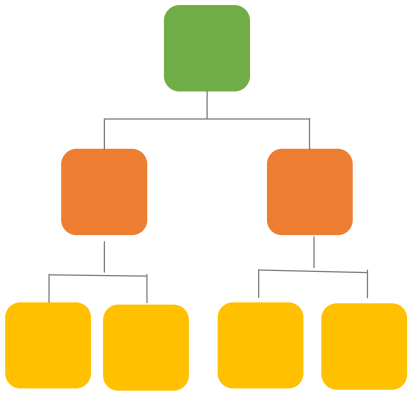
Componentes y Principios de Control	Grado de Cumplimiento	Calificación
Ambiente de control	**78.25 %**	**Aceptable**
1 Mostrar actitud de respaldo y compromiso	80.83 %	Muy Buena
2 Ejercer la responsabilidad de vigilancia	88.04 %	Muy Buena
3 Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad	84.33 %	Muy Buena
4 Demostrar compromiso con la competencia profesional	67.4 %	Regular
5 Establecer una estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas	70.63 %	Aceptable
Administración de riesgos	**74.62 %**	**Aceptable**
6 Definir objetivos	81.89 %	Muy Buena
7 Identificar, analizar y responder a los riesgos	72.74 %	Aceptable
8 Considerar el riesgo de corrupción	72.86 %	Aceptable
9 Identificar, analizar y responder al cambio	71.0 %	Aceptable
Actividades de control	**77.45 %**	**Aceptable**
10 Diseñar actividades de control	76.35 %	Aceptable
11 Diseñar actividades para los sistemas de información	75.71 %	Aceptable
12 Implementar actividades de control	80.28 %	Muy Buena
Información y comunicación	**78.8 %**	**Aceptable**
13 Usar información de calidad	74.58 %	Aceptable
14 Comunicar internamente	78.71 %	Aceptable
15 Comunicar externamente	83.11 %	Muy Buena
Supervisión	**79.97 %**	**Aceptable**
16 Realizar actividades de supervisión	79.61 %	Aceptable
17 Evaluar problemas y corregir las deficiencias	80.34 %	Muy Buena
Total	**77.82 %**	**Aceptable**

C. RESULTADOS DEL CONTROL INTERNO POR NIVEL DE RESPONSABILIDAD

El control interno se establece al interior de la institución como una parte de la estructura organizacional para ayudar al Titular, a la Administración y al resto de los servidores públicos a alcanzar los objetivos institucionales de manera permanente en sus operaciones.

Dentro de la estructura de la **SECRETARIA DE SALUD (SS)** existen niveles muy claros de responsabilidad soportados con una estructura orgánica, los cuáles desde sus distintos ámbitos contribuyen al Control Interno Institucional.

Donde:



Estratégico: Lograr la misión, visión, objetivos y metas institucionales.

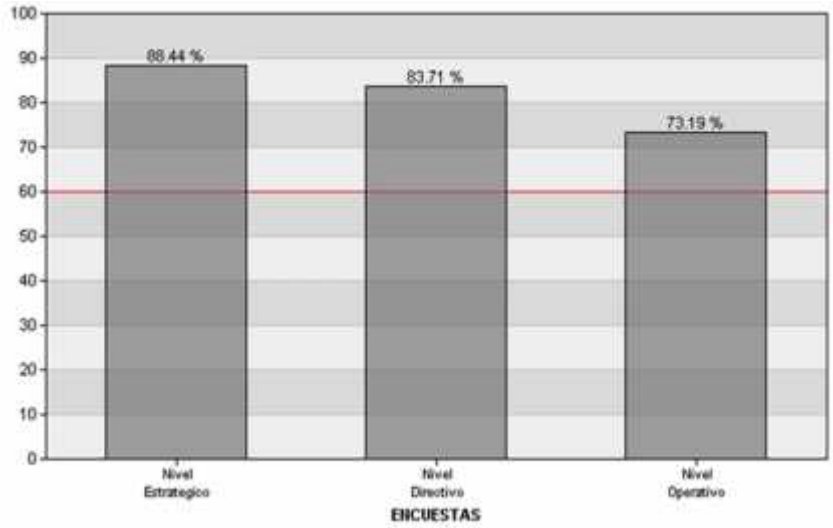
Directivo: Que la operación de los procesos y programas se realice correctamente.

Operativo: Que las acciones y tareas requeridas en los distintos procesos se ejecuten de manera eficiente.

Todo el personal de la institución es responsable de que existan controles adecuados y suficientes para el desempeño de sus funciones específicas, los cuales contribuyen al logro eficaz y eficiente de sus objetivos, de acuerdo con el Modelo establecido.

Además de contar con la :

- Unidad Especializada de Control Interno designado por el Titular de la Institución para promover y dar seguimiento a la implementación del Sistema de Control Interno Institucional, y el;
- Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) integrado por la alta dirección, así como por el órgano Interno de Control (OIC), para analizar los resultados de tal manera que se tomen acciones y decisiones oportunas para asegurar el cumplimiento de los objetivos.



El nivel de responsabilidad valorado con mayor grado de cumplimiento fue el "**Nivel Estratégico**" con el **88.44%,** mientras que la calificación menor correspondió al " **Nivel Operativo**" con el **73.19%.**

Podemos observar que los tres niveles evaluaron una calificación dentro del % mínimo establecido para el cumplimiento de los componentes y principios aplicables.

IV. PROPUESTAS

Dentro del proceso de autoevaluación, los servidores públicos de los diferentes niveles, realizaron propuestas para dar cumplimiento a cada uno de los Componentes del Control Interno y que se mencionan a continuación.

A. NIVEL ESTRATEGICO

COMPONENTE 1.- AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Acciones emprendidas por la secretaría técnica con el personal administrativo que aquí labora.
1.2 Adecuación de indicadores de seguimiento, semaforización y cronograma de actividades basado en metas.
1.3 Dar mayor difusión al personal operativo de la institución siendo responsable cada subdirector de acuerdo al área.
1.4 Dar seguimiento a las observaciones de las auditorias, eficientar estructura orgánica/ responsable interno de control, UECI, responsable de áreas.
1.5 Dar seguimiento a los acuerdos de la UECI y dar seguimiento al programa de trabajo de

control interno /responsables integrantes de la UECI.

1.6 Seguimiento a los resultados de auditorías realizadas, supervisiones internas, evaluaciones, etc.

1.7 Fortalecer la difusión a todo el personal, titular de las áreas.

1.8 Mantener actualizado lo correspondiente a estructuras orgánicas / responsable: encargados de áreas.

1.9 Mayor difusión al programa de integridad y mayor capacitación en cursos de anti corrupción a más personal/ responsable comité de ética, OIC, responsable de buzones UECI.

1.10 Seguimiento a todas la denuncias por el órgano interno.

1.11 Seguimientos a todas las denuncias, mayor difusión al programa de integridad, capacitar a más personal en cursos de anticorrupción, responsables: órgano interno de control, UECI y encargados de buzones.

1.12 Seguimientos de auditorías, supervisiones periódicas, eficiente estructuras .orgánicas. Responsables cada área.

1.13 Supervisiones periódicas por parte de los subdirectores, continuidad a los resultados de las auditorias/ responsables UECI y las áreas.

COMPONENTE 2.- ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

2.1 Utilizar con mayor eficiencia los sistemas electrónicos para una mejor información al interior de la institución.

2.2 Transparencia de la información y compromiso por parte de los trabajadores en seguir los procedimientos establecidos.

2.3 Supervisiones continuas, que cada área detecte sus riesgos y realice su matriz de riesgos, estricta aplicación del código de ética y conducta a todos los servidores públicos.

2.4 Realizar supervisiones más periódicas, mayor análisis de riesgos por cada área.

2.5 Realizar auditorías y supervisiones periódicas, que cada área detecte sus posibles riesgos, un mayor apego a la normatividad.

2.6 Que todas las áreas susceptibles analicen los riesgos a los que son expuestos.

2.7 Mejorar sistemas de correos electromecánicos para mejora de trabajo de cada área, herramientas de trabajo, etc.

2.8 Mejorar los sistemas electrónicos para difusión al personal.

2.9 Seguimiento estrecho en el control de procesos e información que se maneje.

2.10 Difusión de los planes y programas por parte de cada una de las áreas.

2.11 Cobertura de hacia todas la áreas susceptibles, revisiones periódicas para minimizar los riesgos posibles.

2.12 Incluir a todas las áreas susceptibles de riesgos y las revisiones periódicas para minimizar los riesgos identificados.

2.13 Fortalecer la difusión de los objetivos, planes y programas, mejorar la difusión al personal de los programas de cada área.

2.14 Abarcar a todas las áreas susceptibles con matriz de riesgos, revisiones periódicas para minimizar o en su caso corregir riesgos detectados, responsables: enlace de administración de riesgos y cada área de la secretaría.

COMPONENTE 3.- ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1 Acciones de mejora para reducir los tiempos de los procedimientos que se llevan a cabo en las diversas áreas.
3.2 Crear un software, para la mejora de las plataformas.
3.3 Fortalecer con más servidores, realizar frecuentemente mantenimientos preventivos y correctivos, fortalecer el área de informática.
3.4 Fortalecer el equipo informático, así como las redes informáticas.
3.5 Identificar los riesgos derivados de diagnóstico y buscar la actualización de procedimientos para minimizar los riesgos.
3.6 Integración de datos numéricos de fuentes definidas para la confiabilidad de la información.
3.7 Mantener actualizados y mejorar la difusión de los procedimientos.
3.8 Mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos de cómputo.
3.9 Mejorar el mantenimiento preventivo a los equipos y red de la secretaria, para mejorar el uso de las plataformas.
3.10 Involucrar a todo el personal en la actualización de procedimientos en coordinación con su jefe de área y con los encargados de manuales.
3.11 Realizar un control más estrecho en el manejo de información y procesos.
3.12 Robustecer el equipamiento para mejorar el uso de estas plataformas.

COMPONENTE 4.-INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 Difusión de los acuerdos al área operativa para la obtención de mejores resultados.
4.2 Elaborar un procedimiento de denuncias y sus formatos correspondientes.
4.3 Establecer un procedimiento de denuncias y un reporte de control interno para partes externas.
4.4 Eficientar los canales de información.
4.5 Fortalecer los procedimientos para los buzones de quejas y denuncias.
4.6 Promover los mecanismos como requisitos, folletos, pláticas, publicaciones, informes, páginas de internet para la entrega de cierta información.

COMPONENTE 5.- SUPERVISIÓN

5.1 Ejercer un mayor seguimiento a las deficiencias detectadas en el control interno para no reincidir en ello.
5.2 Fortalecer el seguimiento a los planes de acción, debilidades y/o deficiencias detectadas.
5.3 Mayor periodicidad a las autoevaluaciones.
5.4 Seguimiento para no incurrir en reincidencia de las debilidades o deficiencias, así como, realizar un formato donde se plasmen más fácilmente las acciones preventivas y correctivas para no reincidir.

B. NIVEL DIRECTIVO

COMPONENTE 1.- AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Seguimiento de acuerdos de la UECI, corregir áreas de oportunidad.
1.2 Seguimiento a través del comité de ética, eficientar buzones internos de seguimiento de atención a quejas, establecer una unidad especializada de ética en cada unidad para mejorar la supervisión.
1.3 Revisión de cargas de trabajo, revisión de funciones y perfiles.
1.4 Realizar un programa mensual de indicadores del desempeño operativo por jurisdicción sanitaria.
1.5 Realizar evaluaciones de competencia profesional.
1.6 Que la evaluación sea congruente en base a insumos, logro y meta, así como infraestructura, plantilla en recursos humanos y deberemos ser corresponsables desde el directivo estatal hasta los locales.
1.7 Que haya un responsable a nivel local exclusivo para esto. Y que sea contratado para ello, ya que no se cuenta con el personal completo para realizar todas las funciones que se deben desempeñar a nivel administrativo. Y debe ser de confianza.
1.8 Programas de trabajo anuales por cada área para la correcta distribución de funciones para el logro de objetivos.
1.9 Mejorar en la comunicación entre órgano de gobierno y administración.
1.10 Mejorar el apego y cumplimiento del control interno a nivel directivo.
1.11 Incrementar el número de supervisiones en área operativa.
1.12 Implementar un programa de control interno que incluya la evaluación y promoción de la integridad y principios éticos.
1.13 Implementar un proceso de evaluación periódica del desempeño profesional, y establecer procedimientos de selección de capacitación e incentivos.
1.14 Implementar sistemáticamente lo estipulado en el COCODI.
1.15 Hacer programa operativo anual para los programas prioritarios, analizando debidamente la suficiencia y/o anteproyecto presupuestal.
1.16 Fortalecer la supervisión y el seguimiento de manera más frecuente.
1.17 Fortalecer la difusión de los códigos de ética y conducta.
1.18 Examen psicométrico e implementar la evaluación de competencia del personal de acuerdo a su puesto.
1.19 Evaluar y extender estructuras orgánicas, disminución de carga de trabajo mediante la utilización de plantillas completas.
1.20 Evaluar periódicamente que el personal cumpla con el perfil necesario para desempeñar su función y hacer las adecuaciones necesarias.
1.21 Estudiar la norma 035 y aplicarla, encargados de aplicarla y llevarla a cabo es recursos humanos, en colaboración de cada jefe de departamento.
1.22 En reunión de cuerpo de gobierno la administración trata problemas de organización y estructuración, teniendo áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento con el apoyo del resto de integrantes designando las acciones de mejora y responsables.

1.23 Elaborar encuestas de satisfacción o incentivar el uso de los buzones de queja.
1.24 Dar seguimiento a los acuerdos tomados en el PTCI y corregir las áreas de oportunidad.
1.25 Dar mayor difusión al personal.
1.26 Cumplir con responsabilidades asignadas o delegadas por nuestros altos mandos, vigilar apego de manuales mediante supervisión frecuente para sí cumplir los objetivos.
1.27 Capacitar al personal administrativo y operativo en el conocimiento del código de ética misión, visión, valores y políticas.
1.28 Capacitación profesional en temas de gestión, alta dirección, incentivos para reforzar dicha capacitación.
1.29 Capacitación por personal experto.
1.30 Aumentar el presupuesto de los servicios subrogados.
1.31 Asesoría personalizada a las unidades aplicativas, estandarización de las mismas, revisión periódica de manuales de organización y de lineamientos.
1.32 Apoyar en ejercer el cumplimiento de las responsabilidades asignadas en relación a las normas de conducta ya que muchas ocasiones se hace la notificación sin embargo no existe ninguna sanción y/o observación sobre los casos.
1.33 Aplicar Evaluaciones al desempeño con mayor periodicidad.
1.34 Apegarse a los lineamientos de los procedimientos.
1.35 Apegarse a la norma para la selección de personal, reforzar las capacitaciones a todo el personal, incentivos al personal.
1.36 Análisis de funciones y cargas de trabajo de las áreas, revisión de perfiles de acuerdo a funciones.
1.37 Análisis de cargas de trabajo, dar mayor difusión al personal operativo.
1.38 Actualización del manual de organización.
1.39 Actualización del conjunto de mecanismos y elementos ya organizados y relacionados que interactúen y que se aplique de manera específica a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento.
1.40 Actualización de manuales y programa médico y análisis del diagnóstico situacional.
1.41 Actualización de la comisión central mixta y las auxiliares mixtas de capacitación, a fin de elaborar el diagnóstico estatal de necesidades en capacitación.

COMPONENTE 2.- ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

2.1 Actualización de la documentación comprobatoria, implementar la matriz de riesgos.
2.2 Actualización del manual de organización.
2.3 Acuerdos y propuestas código de ética conductuales y sistema de quejas.
2.4 Apegarse a los programas de austeridad, evitar el desperdicio y/o gastos innecesarios, atender las quejas y/o felicitaciones de los buzones, promoción y difusión de los derechos de los pacientes y la bioética y ética de enfermería y medicina.
2.5 Aplicación de los lineamientos personal de cada área operativa.
2.6 Capacitación a todo el personal sindicalizado de manera obligatoria.
2.7 Capacitación al personal administrativo para detectar irregularidades.
2.8 Seguimiento a la matriz de análisis de riesgos institucionales (MARI) por medio de gestión de calidad y dirección médica.

2.9 Difusión de los manuales de procedimientos, vigilancia de los indicadores de desempeño, supervisar formatos y registros y actualizar.
2.10 Difusión de programas y planes estatales.
2.11 Eficientar las herramientas electrónicas para comunicar e informar los cambios significativos.
2.12 Establecer controles dentro del programa de control y administración de riesgos por parte de gestión de calidad y dirección médica.
2.13 Establecer reuniones periódicas de evaluación y medición de resultados.
2.14 Identificación y análisis de riesgos y diseño de plan de mejora para evitar, reducir e implementar acciones específicas para la eliminación de estos riesgos.
2.15 Identificar los procesos de actos irregulares mediante cedulas de evaluación a nuestro personal.
2.16 Llevar a cabo acciones de actualización de las normas ya establecidas en el manual de organización.
2.17 Analizar los riegos en cada una de las áreas.
2.18 Facilitar la implementación de las acciones de mejora y que se pueda contar con apoyo para la ejecución.
2.19 Realizar auditorías con la finalidad de identificar oportunidades de mejora.
2.20 Ser más constantes con la difusión de dicha información, para que el personal pueda cumplir los objetivos establecidos.

COMPONENTE 3.-ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1 Reforzar este tipo de acciones así como la realización de mantenimientos de tipo preventivo a los equipos de cómputo.
3.2 Actualizar los equipos, levantar informes de cada ordenador que ya no funcione o cumpla con los requerimientos para poder desarrollar un buen desempeño en el trabajo, dar mantenimientos preventivos, y verificar la vida útil de cada equipo.
3.3 Aumentar el equipo informático y de comunicación, para disminuir la saturación de las vías de comunicación.
3.4 Incrementar y actualizar los equipos de cómputo.
3.5 Claves de accesos y contraseñas, permisos y restricciones designados a usuarios, adquisición de tics, y desarrollo de software.
3.6 Contar con mayor presupuesto para informática.
3.7 Dar cumplimiento del manual y lineamientos.
3.8 Dar seguimiento a los riesgos para mejorar la respuesta a dicha necesidad.
3.9 Definición clara de la responsabilidad y autoridad de las personas que intervienen en cada procedimiento.
3.10 Desarrollar un programa interno para el manejo de la información que bloque páginas ajenas a la secretaria.
3.11 Desarrollar un sistema para el control de tics (permisos y restricciones de claves de acceso).
3.12 Difusión de lineamientos, normatividad y supervisión continúa de la aplicación de los mismos.

3.13 Establecer una manera estandarizada de estas actividades de control.
3.14 Estricto apego a manuales de procedimientos, mejorar comunicación entre integrantes de cuerpo de gobierno para multiplicar esfuerzos.
3.15 Fortalecer el mecanismo y funcionamientos de actividades de control interno.
3.16 Fortalecer la capacidad de resolución de los riesgos.
3.17 Gestión para adquisición de mejores equipos.
3.18 Insistir en programas preventivos.
3.19 Invertir en mejorar la infraestructura de tics, responsables administración y tics.
3.20 Mantenimiento al sistema de informática y mejorar la red de internet, antivirus y seguridad perimetral para unidades aplicativas, mayor presupuesto para área de informática.
3.21 Solicitar mantenimientos preventivos a infraestructura y equipos.

COMPONENTE 4.-INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 Análisis de indicadores de calidad y productividad para identificar áreas de oportunidad.
4.2 Apego a programa de trabajo.
4.3 Brindarle la difusión necesaria al buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones.
4.4 Contar con un buzón de quejas, implementar procedimientos de denuncias.
4.5 Creación de correos oficiales.
4.6 Dar cumplimiento a los indicadores de desempeños cumplimiento de los programas.
4.7 Difundir el proceso para identificar los riesgos y poderlos enfrentar adecuadamente.
4.8 Difundir que existe un comité de ética y dar mayor difusión del mismo.
4.9 Difundir que existen los comités y que existen mecanismos de información.
4.10 Difusión de la existencia del comité de ética, invitar al personal a visitar los links de información, ingresar a la página de transparencia, página de la secretaria de salud.
4.11 Fortalecer los sistemas de comunicación interna y externas.
4.12 Incorporar mecanismos de difusión y control interno, así como actualización periódica.
4.13 Mayor difusión al todo el personal de quienes integran y el objetivo del comité de ética y dar a conocer a todo el personal de los mecanismos de quejas y sugerencias en este caso los buzones internos y virtual.
4.14 Mejorar la calidad de la información descendente.
4.15 Revisar indicadores y tener congruencia de lo programado con lo que se ejecuta mediante la dotación de los recursos humanos, de infraestructura e insumos.

COMPONENTE 5.- SUPERVISIÓN

5.1 Dar cumplimiento al PTCI, PTAR y al registro de atención de deficiencias y de acciones correctivas y preventivas.
5.2 Fortalecer las acciones para mitigar y disminuir los riesgos detectados.
5.3 Implementar un programa de trabajo de control interno y de administración de riesgos así como bitácoras de registro de acciones correctivas y deficiencias identificadas.
5.4 Mayor difusión al personal operativo por parte de subdirecciones administrativas competentes.
5.5 Promoción y mayor difusión de los estatutos del manual de organización.

5.6 Realizar auditorías semestrales y evaluaciones internas de seguimientos.
5.7 Reforzar el programa de auditoria interna, una programación de control interno administrativo.
5.8 Registrar acciones correctivas y acciones preventivas.
5.9 Reportes de problemas de control interno.
5.10 Reuniones de trabajo para dar solución a problemas identificados así como fortalecer puntos débiles.

C. NIVEL OPERATIVO

COMPONENTE 1.- AMBIENTE DE CONTROL

1.1 Visitar y difundir la página de la secretaria de salud.
1.2 Revisar que las cargas de trabajo sean equitativas entre todo el personal.
1.3 Trabajo en equipo.
1.4 Actualización, difusión y supervisión del cumplimiento de los manuales e indicadores.
1.5 Capacitación periódica a todo el personal para su desarrollo personal e intelectual.
1.6 Sesiones informativas de los indicadores de desempeño.
1.7 Seguimiento de cumplimiento de las metas o indicadores generados en el plan de trabajo y diseño de estrategias para su cumplimiento.
1.8 Revisar periódicamente las cargas de trabajo de los puestos para lograr un equilibrio que ayude a un mejor desempeño
1.9 Realizar reuniones con personal para ver problemas, y soluciones en ellos.
1.10 Realizar las evaluaciones de competencia profesional e incentivos.
1.11 Realizar al menos un plan de trabajo para mantener una comunicación continua con el personal operativo en el que se les informe sobre código de ética y conducta de los servidores públicos del poder ejecutivo del estado de Coahuila de Zaragoza.
1.12 Que los puestos de confianza se otorguen a las personas que cumplen con los perfiles y los incentivos se otorguen por igual a quienes ocupan puestos de confianza ya sea mujer u hombre.
1.13 Distribución equitativa de las cargas de trabajo para que se cumplan los objetivos de las áreas y que el personal pueda trabajar en equipo aceptando cada uno la responsabilidad de trabajo que le corresponde.
1.14 Que las autoridades: secretario y subsecretario se involucren y conozcan los procesos para un mejor seguimiento.
1.15 Publicar y tener acceso a manuales de procedimientos para uso del personal de secretaria.
1.16 Publicar o tener acceso a manuales de procedimientos.
1.17 Establecer un programa de trabajo y asignación de tareas específicas por área de trabajo y de acuerdo a la función.
1.18 Mejorar los sistemas de evaluación y competencia, para incentivar al personal.
1.19 Mejorar las evaluaciones en relación al conocimiento y habilidades necesarias para cubrir los puestos, y que en base a ellos, los jefes operacionales evalúen el desempeño de cada

trabajador, así también la evolución y mejora de los procesos.

1.20 Difusión del código de ética entre los servidores públicos de todos los niveles jerárquicos.
1.21 Dar a conocer a los integrantes de los comités y que nos informen cuáles son sus funciones.
1.22 Difusión del programa de integridad, aplicar la norma 035.
1.23 Promover entre el personal las páginas de la secretaria.
1.24 Fortalecer sistemas de comunicación establecidos e innovar en redes sociales.
1.25 Establecer un programa de promoción de la integridad al personal, basado en la conducta y principios éticos.
1.26 Desarrollo de sistema interno para difundir manuales de procedimientos.
1.27 Presentar e implementar proyecto de clima organizacional.
1.28 Informar sobre los acuerdos y compromisos derivados de las reuniones e involucrar al personal.
1.29 Capacitar e implementar la NOM 035.
1.30 Apegarse a los códigos de conducta y hacer una difusión adecuada.

COMPONENTE 2.- ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

2.1 Actualización de la matriz de riesgos, difusión del seguimiento y resolución de los mismos.
2.2 Actualización de los manuales para minimizar riesgos.
2.3 Analizar cuáles son las áreas susceptibles a riesgos de corrupción.
2.4 Informar sobre el tema de riesgos a todo el personal y a todos los niveles.
2.5 Campaña de difusión de los objetivos de la institución a todos los empleados de la organización.
2.6 Crear correos institucionales para todos los trabajadores y tener este como vía oficial para avisar cualquier cambio.
2.7 Crear el área de control interno.
2.8 Crear modelo de anticipación de eventos.
2.9 Crear un correo institucional el área de informática y evaluación del desempeño.
2.10 Implementar un portal para difusión y acceso a cada una de las noticias por medio de las unidades administrativas, o un boletín mensual de información.
2.11 Informar a todos los niveles la existencia de estos riesgos.
2.12 Difundir y dar a conocer al personal los sistemas de denuncia con los que se cuenta en la secretaria de salud.
2.13 Informar sobre el avance de los indicadores y las opciones para mejorarlos.
2.14 Dar a conocer la matriz de riesgos a todo el personal así como el programa, realizar supervisiones.
2.15 Difusión al portal oficial de la Secretaria de Salud de Coahuila a todo el personal de salud.
2.16 Instalar más buzones de quejas, denuncias y que estos estén visibles para todo el personal.
2.17 Implementar un proceso d evaluación de los cambios que pudieran impactar en la operación de la institución con el propósito de mantener un control interno apropiado.
2.18 Analizar todos los aspectos que puedan afectar la consecución de los adjetivos e identificar las interacciones de los procesos de análisis.

2.19 Debería existir un portal electrónico para la denuncia anónima de irregularidades de los servidores públicos.
2.20 Difusión al personal que existen estos medios para quejas y denuncias, innovación y mejora continua, transparencia.
2.21 Difusión de la matriz de riesgos y plan de administración de riesgos.
2.22 Eficientar los mecanismos de comunicación interna y externa para que los posibles cambios no ocasionen impactos en la operación.
2.23 Establecer controles para minimizar riesgos.
2.24 Establecer estrategias que permitan identificar este tipo de riesgos que afecten el desempeño de los programas y la salud de la población.
2.25 Establecer mecanismos más accesibles de quejas y denuncias en caso de identificación de riesgos o actos de corrupción.
2.26 Explicar al personal los objetivos de planeación y evaluación al desempeño.
2.27 informar sobre las reuniones a todo el personal para que se sientan vinculados con cada toma de decisiones por parte de los mandos superiores.
2.28 Implementar un programa para la detección de factores de riesgo en materia de corrupción, fraude, abuso o irregularidades.
2.29 Información oportuna en cuanto a los cambios de la Secretaria dentro de todos los niveles de la organización para el adecuado funcionamiento y veracidad en cuanto a la información.
2.30 Planeación previa de los cambios que impacten en la institución.
2.31 Que estén visibles los buzones internos y dar conocimiento al personal de los portales de quejas.
2.32 Revisar constantemente los indicadores para ver si se están cumpliendo o no, dar retroalimentación para trabajar en lo que nos haga falta.
2.33 Sesiones de comités donde se comunican los cambios en la institución internos y externos.

COMPONENTE 3.- ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1 Actualización continua y difusión de manuales de organización y procedimientos.
3.2 Actualización de equipos de cómputo, mantenimiento, creación de correos institucionales.
3.3 Actualizaciones e implementación de acciones para la correcta segregación de funciones, formatos internos que faciliten la operación de los procesos.
3.4 Capacitación al personal para que toda la organización conozca las políticas y los procedimientos establecidos para el desarrollo de todas las actividades dentro de la organización.
3.5 Concientizar al personal de visitar los links de información para conocer la normativa aplicable a la dependencia.
3.6 Implementar actividades de control para mejorar el funcionamiento de control interno.
3.7 Implementar mecanismos para un mejor sistema de información así como la solicitud de recursos para el desarrollo y mejor mantenimiento de TIC´S.
3.8 Incremento de la plantilla laboral.
3.9 Apoyo por parte de la dirección de planeación para el establecimiento de controles a través de claves de usuario y contraseñas en los equipos informáticos.

3.10 Publicación de los manuales de procedimientos para que el personal los conozca.
3.11 Que el manual de procedimientos este bien definido y revisado periódicamente para mayor control de funciones de personal en cuanto al equilibrio de cargas.
3.12 Que el personal operativo tenga mayor acceso a esa información.
3.13 Reorganización de funciones para la adecuada distribución de la carga de trabajo.
3.14 Reponer los equipos informáticos, acceder al sistema de internet adecuado y necesario, contar con personal capacitado para el mantenimiento de las TIC´S, actualizar el sistema de expediente electrónico y capacidad de respuesta en tiempo y forma.
3.15 Revisión de cumplimiento de las actividades de control y/o diseñar otro mecanismo de control.
3.16 Verificar que los mecanismos de control que tengamos sean los adecuados o hacer los cambios pertinentes para tener un mejor control de las actividades.
3.17 Visitas de supervisión de forma sorpresa tanto en centros médicos como en las acciones de campo para asegurar que no haya riesgos no detectados que puedan afectarnos en el cumplimento de nuestras metas.

COMPONENTE 4.-INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 Aumentar el sistema de correspondencia y un control de documentos más pronta, involucrar al comité de ética y a directivos. Activar reuniones informativas y de trabajo.
4.2 Capacitación a todos los niveles sobre las metas y objetivos así como de los derechos de acceso a la información por parte del departamento de innovación y calidad.
4.3 Contar con reuniones de trabajo para el seguimiento de acuerdos y compromisos.
4.4 Creación de correos institucionales y métodos que garanticen que la información sea enviada a todo el personal en tiempo y forma y no en fechas que los términos ya hayan vencido.
4.5 Crear comité de ética.
4.6 Desarrollo de tecnologías de la información para información en tiempo real, en lo posible.
4.7 Difusión efectiva de toda la normatividad aplicable en la secretaria, así como quienes integran cada uno de los comités y cuáles son sus funciones.
4.8 Dar a conocer a todo el personal el programa sectorial de la secretaría de salud y los indicadores de desempeño.
4.9 Estandarizar los lineamientos, manuales y sistemas de comunicación interna y homogenizar la entrega y recepción de documentos así como los tiempos de espera, digitalizar el proceso y agilizar.
4.10 Fortalecer los mecanismos de información.
4.11 Mejorar la información, analizar la información, establecer un programa de mejora para aumentar los datos de registro y monitoreo de datos que reflejen calidad en los servicios que se brindan.
4.12 Revisar que los indicadores se lleven de manera adecuada, con información fiable y sean de fácil acceso al personal que lo necesite para sus funciones. Aceptar nuevos indicadores en caso de que así lo requiera la función del personal operativo.
4.13 Reforzar la comunicación entre subdirectores y personal operativo.

COMPONENTE 5.-SUPERVISIÓN

5.1 Actualizar documentos de supervisión y evaluación para mejorar el desempeño de los programas.
5.2 Atender de manera oportuna cualquier queja, incentivar al personal por felicitaciones recibidas, brindar mayor difusión a este tipo de buzones y/o link de quejas ya que la mucha gente desconoce este sistema.
5.3 Llevar y atender auditorias/supervisiones internas y externas por parte del OIC e instancias fiscalizadoras.
5.4 Instalar buzones en áreas administrativas visibles, dar a conocer al personal de la existencia de los mismos.
5.5 Capacitación sobre control interno a todos los niveles de la organización.
5.6 Implementación de líneas de reporte de forma electrónica.
5.7 Implementar acciones preventivas para evitar observaciones o recurrencia de las mismas.
5.8 Integrar la unidad de control interno.
5.9 Que se ingrese a QUEJANET para tener un sistema de control de calidad.
5.10 Mejorar las auditorías internas con el personal adecuado y pasando todos los filtros de anticorrupción.
5.11 Programas de auditorías internas.
5.12 Promover y señalar un responsable de riesgos calificados.
5.13 Publicar los indicadores.
5.14 Que los problemas se han informados hasta las autoridades más altas de la institución y que en conjunto con los niveles medios se resuelvan oportunamente.
5.15 Reuniones periódicas entre jefes y personal.
5.16 Supervisión periódica y permanente de los programas de trabajo, metas e indicadores y logros de los diferentes departamentos de la unidad médica.
5.17 Tener un canal directo para reportar las irregularidades que se presenten.

V. COMENTARIOS

NIVEL ESTRATEGICO

AMBIENTE DE CONTROL

- Contar con sistema de gestión de calidad.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Contar con sistema de gestión de calidad

NIVEL DIRECTIVO

AMBIENTE DE CONTROL

- Me parece excelente este proceso pero sería de mayor apoyo una persona exclusiva para llevarlo a cabo.
- Falta implementar y reforzar procesos de control interno.
- Verificaciones constantes de los avances de acuerdo a los programas establecidos.
- Ejercer la responsabilidad de vigilancia.
- La estandarización de los procesos para la calidad y seguridad del paciente, se implementa de manera permanente en los centros de atención médica.
- No se cuenta con personal administrativo, ni suficiente cuerpo de gobierno ni equipo ni insumos para el desarrollo de programas.
- Solo mayor difusión y vigilancia de cumplimiento.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Actualizar riesgos.
- Fortalecer un programa de evaluación de riesgos interno y externos.
- Documentación de los procedimientos y controles para asegurar y verificar que se lleven a cabo de manera adecuada para que se reduzcan significativamente los riesgos.
- La calidad total es la excelencia en la atención médica técnica y percibida.
- Actualizar riesgos.
- No se cuenta con estructura directiva ni operativa ideal.

ACTIVIDADES DE CONTROL

- No se cuenta con estructura directiva y administrativa en la unidad
- La actualización de los procedimientos para la oportuna y correcta detección y establecer nuevos y efecticos controles que disminuyan los riesgos
- Fortalecer e implementar sistemas de control interno y cumplimiento de políticas institucionales
- Existe las acciones pero hay carencia de equipos para su ejecución, hace falta mantenimiento de los equipos, actualización de licencias de software mantenimientos, red dedicada de internet para los sistemas de información, se debe supervisar y corregir.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Mejorar las estrategias de comunicación y difusión de logros y planes de trabajo.
- No se cuenta con estructura administrativa ideal y suficiente para el desarrollo de programas de este tipo.
- Incluir en responsabilidades al comité de adquisiciones.
- Solicitar mecanismos sobre la información acerca de los objetivos.

SUPERVISIÓN

- Con la integración de la unidad especializada de control interno, se le ha dado mayor importancia. El programa de trabajo de control interno es bueno pues se le ha dado el seguimiento correspondiente.
- No se cuenta con estructura suficiente
- Realizar frecuentemente este formato de autoevaluación que es muy importante para detección oportuna de alguna área de oportunidad
- Mejorar el sistema de supervisión y control interno de todas las actividades directivas y administrativas

NIVEL OPERATIVO

AMBIENTE DE CONTROL

- En los procesos de adquisición de insumos en la mayoría de los casos tardan demasiado tiempo, y en otros casos se obtienen a través de comercializadoras, lo cual provoca que los costos se incrementen afectando en los resultados de los indicadores.
- Se tomaran acciones para reforzar el control interno y el programa de trabajo de este centro de salud con hospital sabinas.
- La capacitación es importante en todos los niveles operativos principalmente en los niveles jerárquicos.
- Existen situaciones que sobrepasan las cuestiones que se establecen en la secretaria a pesar de contar con documentos.
- Se perciben áreas de oportunidad en los puntos mencionados.
- En trabajo social debería de haber más personal para cubrir las guardias ya que no existe en suficiente.
- Es lo que se ve en el hospital general no hay una equitativa distribución de nada.
- Solo que se dé mayor difusión a lo actuado por el comité de ética.
- Los programas de prevención y promoción de la salud, cuentan con un sistema de evaluación del desempeño así como de los indicadores de impacto en salud.
- No hay un proceso real de evaluación.
- Seria de ayuda el que se programaran cursos de capacitación para el personal en general (mantenimiento, cocina, etc.)
- Existe un ambiente laboral satisfactorio dentro de la unidad.
- Difundir el comité de ética.
- Importante muy interesante la actualización.
- Como acción de mejora en este componente se requiere contar a nivel de jurisdicción con vehículo oficial con gasolina para hacer recorridos y supervisar el cumplimiento de los manuales de organización y procedimientos.

- Se cuenta con la documentación y se cumplen con procedimientos solo sería bueno aumentar el seguimiento a los compromisos.
- Al no contar con la plantilla organizacional necesaria, se dificulta el seguimiento por parte del personal asignado y el personal con el que se cuenta no mantiene los estándares profesionales y de competencia necesarios.
- Manejar platica más amplia de inducción.
- Manejo y difusión oportuna para mejorar las responsabilidades y competencia laboral
- Falta estructurar planes de trabajo por las áreas correspondientes, jefes de áreas.
- La calidad con los enfoques tanto proactivos como reactivos se estará desarrollando en cada organización una cultura donde la máxima hipocrática de primero no dañar sea una prioridad.
- Falta estructurar planes de trabajo por las áreas correspondientes, jefes inmediatos.
- Falta capacitación a titulares y mandos directivos en las funciones a desempeñar al designarlos y que no sea su gestión a criterio propio.
- Es conveniente continuar la supervisión y vigilancia de los procesos y comités en pro de la mejora continua.
- Considero necesario la revisión de plantilla laboral para poder cumplir con indicadores y carga de trabajo adicciones.
- Al momento en la institución no contamos con un programa de rendición de cuentas, ni se llevan a cabo acciones de evaluación continua, ni capacitaciones sobre temas de desempeño profesional. Seria buen plan poder iniciar con ello.
- Falta de difusión de los manuales de procedimientos a todo el personal, aplicar y capacitar sobre la nom-35, evaluar las competencias de todo el personal en general incluyendo personal sindicalizado.
- Debe de existir mayor difusión para el conocimiento de los documentos y normas entre el personal operativo.
- Que se planeen cursos de sensibilización y concientización a todo el personal estén o no en contacto con los pacientes. Valoración psicológica y psiquiátrica para todos por lo menos una vez cada 1 a 3 años para valorar éticamente nuestro desempeño.
- Mayor difusión, difundir bien las responsabilidades a cada personal.
- Distribuir las cargas de trabajo acorde a lo requerido y a lo normado.
- Falta difusión del manual de organización y evaluación de competencias a la totalidad del personal.
- Mayor publicidad de los fundamentos legales dentro de la misma institución, capacitación continua, mejora y además implementar tecnologías de lenguaje actual en los mercados.
- Se está trabajando en llevar a cabo la mejora.
- Un seguimiento de las funciones y tareas definidas es una buena manera para tener un mayor control sobre la organización en general además de generar eficiencias en procesos.

- No contamos con el personal adecuado y suficiente para tener actualizado e implementado.
- Se pretende iniciar los procesos de indicadores de evaluación y medición de resultados.
- Se tiene que hacer gran difusión en todas las dependencias para formar un código de conducta como un estándar de calidad, para que todos sepan la aplicación de criterios que ayuden a mejorar los servicios y educar a la población.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Analizaré tiempos para lograr y evidenciar como control interno de cambios y difundirlos de forma externa.
- Mejora continua para toda información referente al tema y así mejorar el mecanismo.
- Mayor difusión de los documentos en todas las áreas y todos los niveles.
- Porque se desconocen si existen los procesos.
- Mayor retroalimentación en las diferentes áreas, debido a la diferencia que hay en área administrativa o médica.
- Implementación del programa y matriz de riesgos.
- Internamente en nuestras áreas tenemos identificadas las áreas de oportunidad, entre las subdirecciones solicitamos se nos den a conocer las modificaciones a los procesos oportunamente para eficientar los procesos.
- Internamente en nuestras áreas tenemos identificadas las áreas de oportunidad, entre las subdirecciones solicitamos se nos den a conocer las modificaciones a los procesos oportunamente para eficientar los procesos.
- La formación del comité de bioética s el punto clave para la mejoría en este aspecto, con las sesiones periódicas y evidenciar en las actas.
- Se trabaja de acuerdo a criterio propio por desconocimiento del sistema de la secretaria de salud.
- No contamos con un análisis de riesgo.
- La difusión y comprensión clara de los riesgos es una buena técnica para eficientar los procesos de la institución.
- Mantener los programas de supervisión en área operativa.
- Hacer más reforzamiento a este componente.
- Difusión de riesgos.
- Por desconocimiento ya que se cuentan con 56 años de trabajo administrativo y apenas 6 meses en el área operativa de almacén.
- No se tienen evidencias de seguimiento de las mejoras.
- La atención médica para ser de calidad debe de ser segura, eficaz. .eficiente. Equitativa. Oportuna. Y centrada en el paciente.
- Comunicación al personal.
- No hay suficiente comunicación entre los niveles organizacionales.

- Me gusta cómo me informan en mi trabajo.
- Es necesario evitar se adquieran los insumos a través de comercializadoras para adquirir los insumos programados de manera oportuna y así poder distribuirlos a las jurisdicciones sanitarias y atender oportunamente la salud de la población.
- Apoyo de las instancias superiores en tiempo y forma con recursos indispensables y suficientes. (humanos, físicos y financieros).
- Continuar retroalimentando.
- Difusión.
- Es un ejercicio importante para la institución y que sus trabajadores tengan claro sus responsabilidades.

ACTIVIDADES DE CONTROL

- Sistema de información básica en salud.
- Capacitación.
- Definir diagramas de procesos y optimización de los mismos.
- Muy interesante lo de evaluar y medir pero se requiere bajar la información a operativos.
- Implementar planes y acciones para las actividades de control.
- Actualmente carecemos de sistemas de información definidos y que muestren funcionalidad.
- Se evaluara de acuerdo a las actividades sin menospreciar necesidades ya que la subdirección de RH es muy saturado.
- Realizar revisiones por lo menos 2 o 3 veces del equipo de cómputo así como la conexión a internet que generalmente es falla importante al momento de capturar en los sistemas de registro por las constantes fallas de equipo o el internet.
- Falta el respaldo para la capacitación y evaluación continua de acuerdo al área de responsabilidad de cada trabajador.
- Mantener activos procedimientos que mantengan la eficacia y relevancia de objetivos para enfrentar riesgos. Políticas y lineamientos grupales permanentes que minimicen los riesgos.
- Una constante actualización de estos documentos es la manera adecuada de eficientar los procesos en la institución.
- Aumentar la comunicación son mejores servidores.
- Se buscara mejorar e implementar un programa que regule las actividades de control interno y administrativos.
- Implementar un sistema generalizado para para regular, controlar y supervisar las TIC'S disponibles en la institución.
- Necesario que el equipo de cómputo sea actualizado.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Mayor difusión de los documentos existentes en todos los niveles.

- Una adecuada difusión de estos procedimientos es la manera adecuada de eficientar los procesos de la institución.
- Ampliar y definir las líneas de comunicación para un funcionamiento oportuno.
- Buscar por medio de buzones internos o comunicados públicos dentro de la unidad el mejorar la comunicación entre trabajadores y autoridad.
- Activar los buzones, las líneas éticas para darle a la comunidad información confidencial y sensible con el objetivo de motivarlos y educarlos.
- Contar en tiempo y forma con la información requerida para retroalimentar el desempeño de los programas.
- Falta mejorar el proceso de comunicación interna.
- Mejorar el flujo de información.

SUPERVISIÓN

- Con una mejora en la difusión, comunicación, seguimiento en las autoevaluaciones se puede llegar a un mejor desempeño en el trabajo.
- Establecer un buen programa de capacitación y difusión.
- Es un ejercicio de autoevaluación importante para una mejora continua de nuestra institución.
- Más accesibilidad a los buzones electrónicos.
- Al no contar con el personal de confianza necesario, ni con los mecanismos de reposición del personal médico especializado, así como los órganos de apoyo interno, es difícil, no imposible, sustentar el actuar diario, la forma de afrontamiento y prevención.
- Se continué con éste tipo de evaluación para mejora continua con el objetivo de ir cerrando márgenes de error.
- Formaremos un grupo que mantenga la comunicación con la población para que se haga más participativa y estimule al aval ciudadano y tener oportunidad de difundir sistema de calidad.
- Es importante reforzar e implementar este sistema de monitoreo y evaluación continua en los diferentes servicios que brinda el hospital general Torreón, ya que por el momento de cuenta con buen sistema de monitoreo de la seguridad del paciente.
- La clave está en la actualización de supervisiones de los diferentes comités y en el de bioética, recientemente instalado.
- Mayor difusión y participación del personal de todos los niveles.
- Implementar nuevos proceso de autoevaluación y evaluación de desempeño en la institución.
- Evaluaciones como esta de forma anónima para el resto de los trabajadores.
- Un adecuado procedimiento de denuncia y seguimiento de situaciones inusuales es necesario en una organización que se preocupa por su personal y el desempeño de cada uno.
- Mejor difusión a los medios por los cuales plantear quejas o sugerencias o denuncias anónimas.

VI. RECOMENDACIONES

Conforme al resultado global obtenido de la autoevaluación en las **SECRETARIA DE SALUD (SS)** de un **77.82 %** calificado como **"Aceptable"**, por arriba del nivel mínimo que es de 60%, el cual es susceptible de mejoras, a continuación se presentan recomendaciones generales para su consideración:

- Asegurarse de que el personal realice las operaciones conforme al Manual de Procedimientos, uniformando así el cumplimiento de rutinas de trabajo y evitando con ello su alteración arbitraria con lo cual se aumente la eficiencia y productividad de los empleados.
- Diseñar e implementar mecanismos de control para las distintas actividades, recomendando entre otros, registros, autorizaciones, revisiones, resguardo de archivos, bitácoras de control, alertas y bloqueos de sistemas y distribución de funciones.
- Aplicar periódicamente encuestas de clima organizacional, así mismo que el personal directivo tenga mayor interacción y comunicación con todas las áreas operativas de la Entidad, con el propósito de fomentar la comunicación, buscando siempre sensibilizar en forma permanente al personal sobre la importancia de su apoyo para la consecución de los objetivos de la Entidad.
- Realizar una evaluación sobre las necesidades de capacitación y, con base en los resultados, establecer programas de capacitación dirigidos a todos los empleados, procurando incluir en estos programas temas referentes a la diversa reglamentación involucrada en el desarrollo de sus actividades. Lo anterior con el objeto de mantener motivado al personal y obtener su más elevado rendimiento, evitando a la vez que se incurra en errores u omisiones por falta de conocimiento de la normatividad.

VII. CONCLUSIÓN

Con base en el Manual Administrativo de Aplicación de las disposiciones en materia de Control Interno, Capítulo V Evaluación para el Fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional Sección III, se deberá llevar a cabo la integración y seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), considerando los resultados obtenidos en cada uno de los componentes y principios, los comentarios, propuestas del propio personal y recomendaciones, para determinar las acciones necesarias a implementar en materia de control interno, así como aquellas deficiencias u oportunidades detectadas por otras fuentes.