



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**TITULACIÓN DE LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y
AUDITORIA**

**Auditoría de gestión en el Área 3 hospital cantonal Limón de la
ciudad de Limón Indanza, año 2010**

Trabajo de fin de titulación

AUTORA: Marín Chacón, Carmen Narcisa

DIRECTORA: Córdova Román, Carmen Raquel, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO LIMON INDANZA

2013



Certificación

Doctora.

Carmen Raquel Córdova Román

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: “Auditoría de gestión en el Área 3 Hospital Cantonal Limón” realizado por el profesional en formación: Marín Chacón Carmen Narcisa; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, junio de 2013.

f. _____



Cesión de derechos

“Yo, Carmen Narcisa Marín Chacón declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f. _____

Marín Chacón Carmen Narcisa

C.I. 010372114-8



DEDICATORIA

A DIOS,
A MIS PADRES,
A MI QUERIDA HIJA BRITNEY,
A MI HERMANA.



A G R A D E C I M I E N T O

Un sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Ciencias Contables y Auditoría, y a través de ella, a todos sus directivos y docentes, por haber permitido formarme en sus aulas y al Área 3 Hospital Cantonal de Limón, Doctor Xavier López, Director de la mencionada institución por autorizarme el desarrollo de este trabajo.

A la Doctora Carmen Córdova, directora de tesis, quién en forma desinteresada con mucho profesionalismo me supo guiarme y orientarme en la realización de esta tesis.

A mi cuñado Hugo Gómez, a mis amistades: Darwin Cárdenas, Guadalupe Jara, Martha Saquicela, Edgar Reinozo, Elsa Lucero, y a cada una de las personas por su leal comprensión y ayuda incondicional que hicieron posible la ejecución de este trabajo.

Carmen



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Certificación	ii
Cesión de derechos	iii
Autoría	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen ejecutivo	

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES Y BASE LEGAL DEL HOSPITAL CANTONAL

1.1. Descripción de la entidad	2
1.2. Base legal	2
1.3. Organigrama estructural	2
1.4. Plan estratégico	16
1.4.1 Misión	16
1.4.2 Visión	16
1.4.3 Valores corporativos	16
1.4.4 Objetivos	17
1.4.5 Plan operativo	20

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Auditoría de gestión	22
2.1.1 Gestión	22
2.1.2 Auditoría de gestión	22
2.2. Antecedentes	22
2.3 Base conceptual	23
2.3.1 Eficiencia	23
2.3.2 Eficacia	24
2.3.3 Efectividad	24
2.3.4 Calidad	24
2.3.5 El cuadro de mando integral (CMI)	25
2.3.6 Propósito y objetivos de la auditoría de gestión	25
	vi



2.3.7 Alcance	26
2.3.8 Enfoque	27
2.4 Procesos de la auditoría de gestión	29
2.4.1 Fase I. Diagnóstico y conocimiento preliminar	30
2.4.1.1 Principales actividades	30
2.4.1.2 Evaluación control interno	31
2.4.1.3 Definición de objetivos y estrategia de auditoría	32
2.4.1.4 Identificación de los componentes y subcomponentes	33
2.4.2 Fase II. Planificación específica	33
2.4.2.1 Principales actividades	34
2.4.2.2 Evaluación del control interno por componente	35
2.4.2.3 Memorando de planificación	36
2.4.2.4 Programa de auditoría	37
2.4.3 Fase III. Ejecución	38
2.4.3.1 Actividades principales	38
2.4.3.2 Pruebas de auditoría de gestión	39
2.4.3.3 Hallazgos en auditoría	42
2.4.3 Fase IV. Comunicación de resultados	44
2.4.3.1 Actividades principales	44
2.4.3.2 El informe de auditoría de gestión	45
2.4.4 Fase V. Seguimiento	48
2.5 Indicadores para la auditoría de gestión	49
2.5.1 Construcción de indicadores para el sector público	49
2.5.2 Clasificación de los indicadores de gestión	51
2.6 Herramientas para la auditoría de gestión	51
2.6.1 Equipo multidisciplinario	51
2.6.2 El sistema de control interno	52
2.6.3 Muestreo en la auditoría de gestión	56
2.6.4 Evidencia suficiente y competente	57
2.6.5 Técnicas más utilizadas	58
2.6.6 Papeles de trabajo	59
2.6.6.1 Objetivos de los papeles de trabajo	60
2.6.6.2 Marcas de auditorías	61



CAPITULO III: Ejecución de la auditoría de gestión del Área 3 Hospital Cantonal Limón
01 de enero al 31 de diciembre del año 2010.

FASE I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR

3.1.1 Orden trabajo	67
3.1.2 Notificación inicio de examen especial	68
3.1.3 Informe de visita previa	69
3.1.4 Planificación preliminar de la auditoría de gestión	75
3.1.5 Estudio y evaluación del control interno	87

FASE II: PLANIFICACIÓN

3.1.6 Programa de auditoría	99
3.1.7 Planificación específica	102
3.1.8 Estructura y elaboración de papeles de trabajo	105
3.1.9 Ficha técnica de los indicadores de gestión: Cuadro de mando integral	113
3.1.10 Formulación de fichas técnicas	118
3.1.11 Hoja de Hallazgos	129

FASE III: EJECUCIÓN

101

FASE IV: INFORME Y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

135

FASE V: SEGUIMIENTO

148

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS



RESUMEN EJECUTIVO

Con el presente trabajo investigativo se analizó y aplicó la auditoría de gestión a los subcomponentes de Gestión Gerencial y Consulta Externa del Área 3 de salud de Limón Indanza, para lograr un mejoramiento de sus procesos administrativos. Frente a la cual, esta herramienta ayudó a evaluar y examinar el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales mediante los criterios de eficiencia, eficacia, efectividad y de manera paralela a medir la calidad de los servicios de salud que brinda a los usuarios internos y externos. Por lo que en ambas áreas se debe implantar las mejoras continuas o acciones correctivas para optimizar la gestión de los servicios hospitalarios desde las cuatro perspectivas: financiera, usuarios, procesos internos y crecimiento y aprendizaje, para la cual se requiere de un monitoreo o supervisión continuo y evaluación de los resultados al final.



CAPITULO I

ANTECEDENTES Y BASE LEGAL DEL HOSPITAL CANTONAL LIMÓN



1.1. Descripción de la empresa

El Área 3 de salud es una unidad desconcentrada con atribuciones y competencias para realizar funciones administrativas y financieras y que estructuralmente forma parte de una institución. Los presupuestos se asignan a nivel de unidad ejecutora; por tanto, son la instancias responsables, en lo operativo, de las distintas fases del ciclo presupuestario; para tal efecto se rigen las disposiciones y normas del ente rector canalizadas a través de la Unidad de la administración financiera (UDAF) y de las unidades coordinadoras de las que deberá requerir su aprobación o autorización en todo aquello que no se encuentre dentro de su marco de competencias.

1.2. Base legal

El Hospital Civil de Limón Indanza, está ubicado en la cabecera cantonal de General Leónidas Plaza, inició oficialmente sus operaciones a partir del 16 de junio de 1967 mediante Decreto legislativo No. 084, publicado en el R. O. No. 149 de esa fecha.

Mediante Decreto ejecutivo del 1 de enero de 1974, pasó a depender de la Junta Provincial de Salud de Morona Santiago con sede en la capital Macas.

A partir del 1 de septiembre de 1981, se descentralizó y viene funcionando con presupuesto propio. Mediante Acuerdo ministerial 3202 del 29 de abril de 1992 y publicado en el Registro oficial No. 932 del 5 de mayo del mismo año, se crearon las áreas de salud y mediante Acuerdo ministerial 140 del 9 de julio de 1993 se aprobó el Manual de organización y funcionamiento del Sistema regionalizado de servicios de salud y de la capacidad resolutoria de las unidades y área de salud.

1.3. Organigrama estructural y funcional

Estructura orgánica:

Para el cumplimiento de sus objetivos, el Área 3 Limón Indanza, Hospital de Limón está sujeto al Reglamento orgánico funcional general de hospitales y Manual de



organización y funcionamiento de las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública que considera la siguiente estructura orgánica:

Estructura y niveles de gestión del Ministerio de Salud Pública

“De acuerdo a la regionalización funcional, el Ministerio de Salud ha establecido los siguientes niveles de gestión:

1. Nivel de área de salud
2. Nivel provincial
3. Nivel nacional

Nivel de área de salud.- Está conformado por la Unidad de Conducción del Área y las unidades operativas de primero y segundo nivel, con capacidad resolutoria técnica, administrativa, financiera, promueve la participación social, recibe, revisión y asesoramiento del nivel provincial.

El nivel provincial.- Esta constituido por la Dirección Provincial de Salud, representado por su director quien preside la Unidad de gestión provincial (U.G.P.), su función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área, y los hospitales de su jurisdicción geográfica.

El nivel nacional.- Es la instancia rectora del sector de salud, conformada por las direcciones nacionales, responsable de elaborar y difundir las normas técnico – administrativo – financieras de aplicación nacional, que están en concordancia con la visión y misión institucional. Asesora y supervisa al nivel provincial y evalúa globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios de salud.

En este nivel, la Dirección Nacional de áreas de salud, orienta y apoya el desarrollo técnico gerencial de las áreas de salud a través de las Direcciones provinciales de salud”¹.

¹ Ministerio de Salud Pública, (2000), Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud, Quito-Ecuador.



Estructura del área de salud

El área de salud es una red de servicios básicos constituida por el puesto de salud, subcentro de salud, centro de salud, centro de salud Materno Infantil y el hospital cantonal; **consta de dos niveles de atención:** unidades operativas de primer nivel y un hospital de referencia que constituye el segundo nivel; cada uno tiene su especificidad y es complementario con el otro, los dos niveles interactúan funcional y administrativamente, es una relación basada en competencias diferentes.

El hospital debe cumplir su rol de unidad de referencia y reconocer al S.C.S. como lugar de síntesis de la atención ambulatoria general, tanto individual como comunitario, el área aplicará los principios de globalidad, integración, continuidad, equidad y eficiencia en la organización de servicios sin duplicación de actividades. Los dos niveles no deben competir y lo que hace el primer nivel no debe hacer el segundo y viceversa, lo que implica complementariedad.

La unidad de mayor complejidad es la sede de la jefatura de área, pero existen algunas posibilidades:

- a) En la zona urbana, la jefatura de área puede ser un centro de salud o un centro materno infantil.
- b) En la zona rural, la jefatura de área será el centro de salud hospital u hospital cantonal.
- c) Algunas áreas de salud cuenta en su conformación con dos o más centros de salud y/o hospitales cantonales, en cuyo caso, la sede para la jefatura del área deberá decidirse por la que ofrezca una mejor capacidad resolutive y que se encuentre en mejores condiciones de accesibilidad.

La unidad de mayor complejidad es la sede de la Unidad de Conducción del Área y es una unidad más de estructura del área, por lo tanto, sujeta al régimen técnico-administrativo de la Unidad de Conducción del Área (UCA).

Entre las unidades operativas del área tenemos:

- **Centro de salud hospital (hospital cantonal).**- Se ubica en el ámbito de cabeceras cantonales, es la sede de las jefaturas de área rurales, y base de la



referencia de pacientes; el número de camas para hospitalización varía según el tamaño poblacional del cantón; cuenta con los recursos humanos y equipo médico mínimo necesarios para brindar atención de las cuatro especialidades básicas y odontología; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio, rayos X, y otros; funciona las 24 horas del día, todos los días.

- **Centro de salud.-** Se ubica en cabeceras cantonales o capitales de provincia, atiende a poblaciones superiores a 20.000 habitantes; se constituye en la jefatura de área a nivel urbano; tiene el recurso humano suficiente para la atención ambulatoria en las cuatro especialidades básicas y odontología; dependiendo de la infraestructura física y equipamiento podrá contar con servicios complementarios de laboratorio clínico, imagenología y una o más especialidades.
- **Centro de salud materno infantil-** Se ubica en cabeceras provinciales o cantonales, es un centro de salud con anexo materno, para la atención del parto normal y cuidados del recién nacido, con hospitalización de corta estancia; entre sus recursos humanos dispone de médicos especialistas o experiencia en gineobstetricia y pediatría; brinda atención específica y de emergencia las 24 horas, todos los días.
- **Subcentro de salud.-** Se localizan en cabeceras parroquiales urbanas o rurales y en comunidades mayores de 6.000 habitantes en el primer caso o 2.000 en el segundo caso; el recurso humano mínimo que atiende es un médico, una enfermera y/o un auxiliar de enfermería; dependiendo de la infraestructura física, equipamiento y disponibilidades del ministerio, podrá contar con otros recursos de profesionales como: odontólogo, enfermera, obstetra, etc., realiza atención ambulatoria.
- **Puesto de salud.-** Unidad operativa de menor complejidad del sistema, ubicada en comunidades menores de 2.000 habitantes, son atendidos por un auxiliar de enfermería, depende y recibe visita itinerante del equipo de salud de la U.O. de su correspondencia.

En algunas áreas existen auxiliares de enfermería comunitarios, los que son integrantes del equipo del S.C.S. tanto en el sector rural como en el urbano tienen



como sede física sus propios domicilios y su ámbito de trabajo es la comunidad.

Las unidades de salud del área brindan a toda la población asignada atención básica de: fomento, promoción, prevención, protección específica y de morbilidad, brindarán un seguimiento y atención especial, de acuerdo a la capacidad resolutive de las UOs.

Cuadro: 1.1 **CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVELES**

TIPO DE UNIDAD INTERVENCIÓN	PUESTO DE SALUD	SUBCENTRO DE SALUD	CENTRO DE SALUD	CENTRO DE SALUD MAT. INF.	CENTRO DE SALUD HOSP.	HOSPITAL PROVINCIAL	HOSPITAL NACIONAL
ACTIVIDADES PREVENTIVAS							
Consulta preventiva de niños PAI					4	4	
Consulta preventiva embarazadas					4	4	4
Atención parto normal							
Atención parto complicado							
Consulta postparto							
Consulta de Estomatología							
ACTIVIDADES CURATIVAS							
Consulta curativa general					3	3	3
Consulta de 4 especialidades							
Consulta de otras especialidades							
Control de enfermedades crónicas					3	3	3
AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO							
Laboratorio clínico							
Imagenología							
ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN							
Hospitalización							
Rehabilitación							
ACTIVIDADES COMUNITARIAS							
Promoción de salud					4	4	
Trabajo comunitario							

- 1.- Consulta de patologías simples, lesiones menores y auxilios
- 2.- Seguimiento de indicaciones médicas para ciertas patologías
3. Consulta de pacientes referidos por el nivel correspondiente
- 4.- Tècnicamente no corresponde a este nivel, pero en la práctica se lo hace
- 5.- Realiza procedimientos de acuerdo con su grado de complejidad

	Responsabilidad limitada
	Responsabilidad del primer nivel
	Responsabilidad segundo/tercer nivel

Fuente: Ministerio de Salud Pública, (2000), M.O. y funcionamiento de las Áreas de Salud, Quito- Ecuador

Elaborado por: autora



NIVEL DIRECTIVO:

Ejerce el máximo grado de autoridad, le corresponde normar, dirigir y controlar el cumplimiento de los objetivos, leyes y reglamentos.

Unidad de conducción del área y comités

NIVEL EJECUTIVO:

Constituye el primer nivel jerárquico administrativo en la entidad y es el representante legal del área 3 de salud.

Jefe del área de salud y Director del hospital

NIVEL TÉCNICO OPERATIVO:

Coordinación, medicina general, odontología, radiología, laboratorio, enfermería, pediatría, ginecología, vacunas y subcentros de salud.

NIVEL AUXILIAR DE APOYO:

La administración del hospital tiene los departamentos de: Talento Humano, Gestión Financiera, Servicios Institucionales, Estadística, Farmacia, Almacén-Bodega, Economato y Servicios Generales.

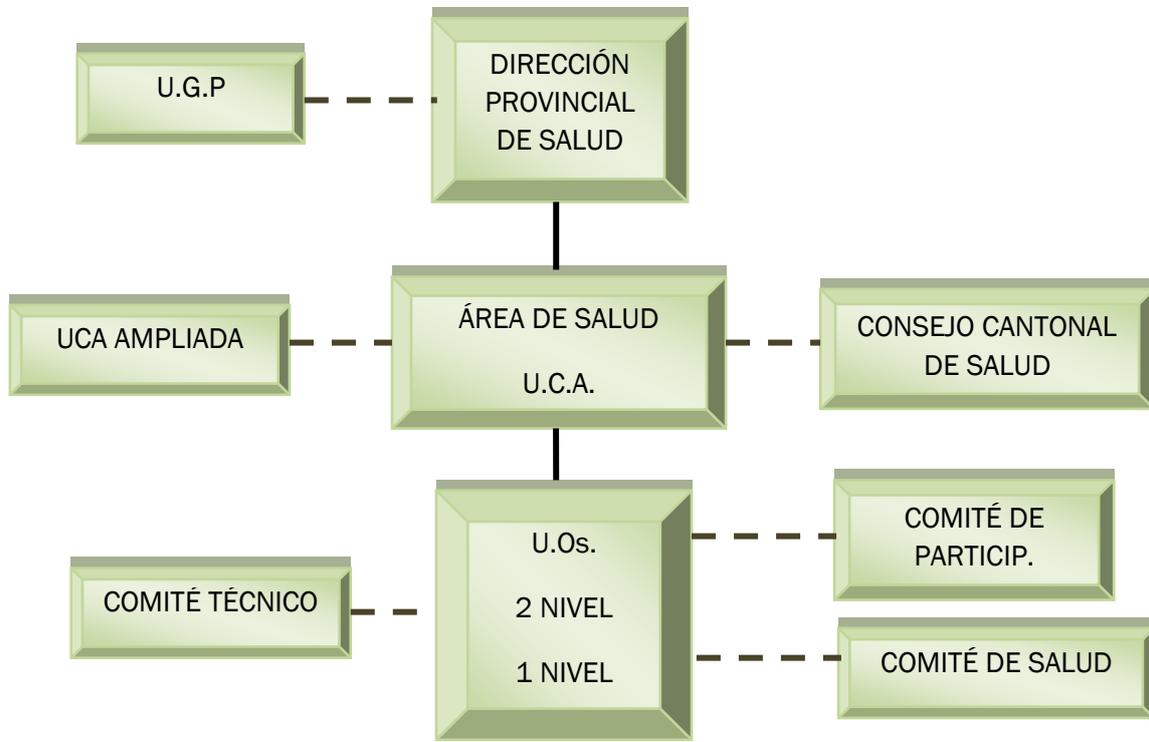
El nivel de operativo y apoyo, constituye la instancia orgánica que facilita el oportuno y eficiente funcionamiento y operación de los servicios de salud. Es la instancia ejecutora de los planes, programas aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL ÁREA DE SALUD

La Unidad de Conducción del Área (U.C.A.) es la responsable técnica administrativa y financiera del área de salud, tiene como sede la unidad operativa de mayor complejidad (centro de salud o centro de salud hospital) y su objetivo principal es garantizar la articulación y buen funcionamiento de la red de servicios.



Gráfico: 1.1 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL ÁREA DE SALUD



Fuente: Ministerio de Salud Pública, (2000), M.O. y funcionamiento de las Áreas de S., Quito- Ecuador

Elaborado por: autora

El área de salud depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud con procesos técnico administrativo financiero desconcentrados para su funcionamiento con los siguientes estamentos técnicos y comunitarios:

- ❖ **Unidad de Conducción del Área (U.C.A.)** responsable de la gerencia del área de salud.
- ❖ **Comité de modernización del hospital (C.M.I.)** o el centro de salud (C.S.) cuando es Jefe de área.
- ❖ **Otros comités como: farmacología, de adquisiciones**, que están conformados por miembros del U.C.A y del C.T.H reforzados de ser necesario y según el caso, con recursos específicos (ej. El químico farmacéutico si existe) para ello disponen de reglamentación específica emitida por acuerdos ministeriales.
- ❖ **Consejo cantonal de salud (C.C.S.)** como apoyo a la U.C.A.



- ❖ **Comité de participación social y control de la gestión**, a crearse a nivel de los hospitales, conformados por representantes de instituciones y de fuerzas sociales locales vinculadas con la salud.

LA UNIDAD DE CONDUCCIÓN DEL ÁREA (U.C.A.)

Las funciones de la jefatura de área se realizan a través de la Unidad de Conducción del Área (U.C.A.) estructura definida como la instancia técnica-administrativa que conduce al área de salud y está constituida por:

- **Jefe de área.**- “Médico salubrista o experiencia mínima de 5 años en salud pública, con nombramiento a tiempo completo; es el responsable técnico-administrativo del área de salud, cumple estas funciones de director de la unidad de mayor complejidad del área; como tal es el responsable final por las decisiones y acciones de la U.C.A. en relación con el manejo del área de salud, tiene como responsabilidad además las relaciones con los niveles jerárquicos superiores (D.P.S.), los organismos de apoyo y otras instituciones locales, en su ausencia o por necesidades específicas delega las funciones al coordinador. Excepcionalmente, la jefatura de área puede delegarse a un médico que no sea el director de la unidad de mayor complejidad, pero si miembro de la U.C.A. o del C.T.H.”².
- **Coordinador del área.**- Es un profesional salubrista o con experiencia mínima de 3 años en salud pública y nombramiento a tiempo completo; tiene como responsabilidad coordinar la gestión técnica administrativa de la U.C.A. y reemplaza al jefe de área en su ausencia; es el principal supervisor de las U.O.
- **Enfermera de área.**- Enfermera salubrista o experiencia en salud pública mínima de 3 años, con nombramiento a tiempo completo, apoya al coordinador de área en todas sus funciones y más específicamente en actividades relacionadas con su formación.
- **Técnico financiero (contador).**- Tiene como responsabilidad, elaborar y ejecutar el presupuesto del área y cumplir las demás funciones asignadas al cargo.

² Ministerio de Salud Pública, (2000), Manuel de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud, Quito-Ecuador.



- **Miembros de apoyo técnicos y administrativos de la U.C.A.-** Los miembros de apoyo son funcionarios de la unidad de mayor complejidad y participan en la realización de las actividades programadas por la U.C.A., y de otras reuniones según las necesidades del área son los siguientes como técnicos: un odontólogo, un químico-farmacéutico (si hay disponibilidad) y un estadístico. Y como administrativos; un administrador, un pagador, un guardalmacén, y una secretaria; cumplirán las funciones según necesidades definidas por la U.C.A. Además se puede contar con el apoyo puntual de uno o más profesionales de la U. O. de mayor complejidad para actividades de supervisión.

Funciones de la U.C.A

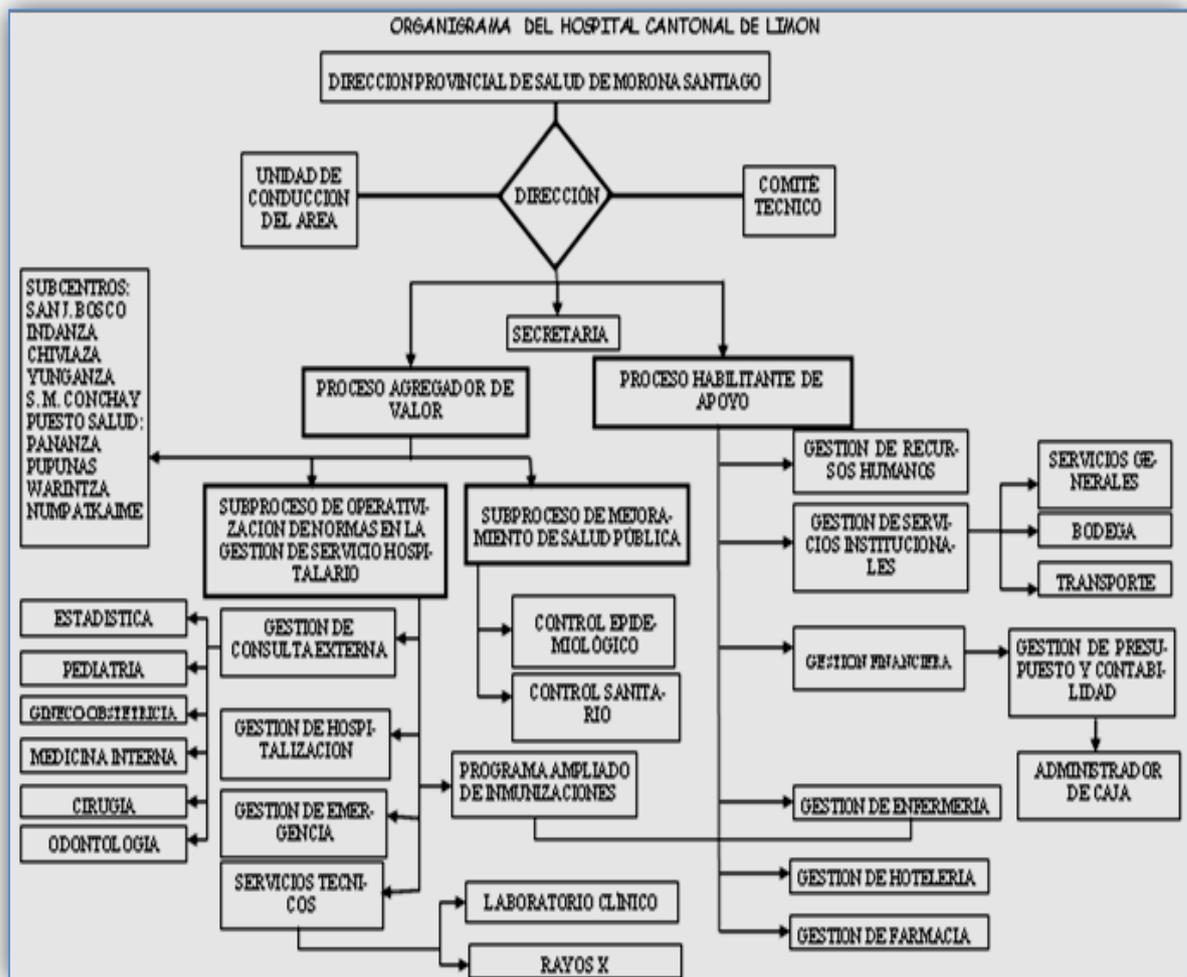
- a) Administrar los recursos humanos, materiales y financieros del área, en función del proceso de desconcentración.
- b) Constituir el nexo entre la red de servicios del área y Dirección Provincial de Salud.
- c) Elaborar la programación local con un plan anual de área, incluyendo educación permanente al personal sobre la base de necesidades del área.
- d) Establecer un plan de supervisión integral y monitoreo para las U.Os. incluyendo el centro de salud hospital y conformar el o los equipos de supervisión.
- e) Promover la integración funcional entre las U.Os. y el hospital cantonal, aplicando el sistema de referencia-contrareferencia.
- f) Realizar la vigilancia epidemiológica y el control sanitario.
- g) Organizar reuniones mensuales de información y análisis con los equipos de salud del área.
- h) Analizar y enviar mensualmente al nivel provincial la información consolidada de las actividades cumplidas por las unidades de la red.
- i) Estimular y fortalecer el proceso de la formación y funcionamiento de comités de salud a nivel de centros, subcentros y puestos de salud, y del consejo cantonal de salud a nivel de la jefatura de área.
- j) Evaluar anualmente las actividades programadas por las U.Os. y consolidar los resultados en el área.
- k) Cumplir y hacer cumplir las normas y procedimientos que emite el nivel central, adecuándolos a la realidad local si fuera necesario.



CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL ÁREA DE SALUD

Actualmente está en vigencia la estructura orgánica por procesos que se encuentra en fase de implementación.

Gráfico: 1.2 ORGANIGRAMA DEL ÁREA 3 DE LIMÓN INDANZA



Fuente y elaboración: Departamento de Talento humano del hospital

CAPACIDAD RESOLUTIVA TÉCNICA:

Comprende la conducción y programación local anual de todas las unidades que conforman el área; elabora los planes operativos correspondientes; receipta, consolida, analiza y retro informa a todas las unidades operativas del área sobre la



producción y productividad de los servicios; supervisa regularmente el desarrollo y calidad de las acciones que se ejecutan por parte de cada una de las unidades operativas que conforman su área y dirige su ejecución y evaluación. Fortalecer las iniciativas de los equipos de salud, orientadas a la solución de los problemas locales, a la promoción de la salud, a la participación comunitaria y a la coordinación interinstitucional.

La capacidad resolutoria técnica del área de salud se brinda a través de las unidades operativas de diferente nivel de complejidad, está dirigida prioritariamente a enfrentar en conjunto las principales causas de morbilidad-mortalidad general, infantil, materna; y las enfermedades crónicas-degenerativas predominantes en su zona geográfica de pertenencia.

La capacidad resolutoria de los servicios se mide por la eficacia y eficiencia en cuanto al mejoramiento de los niveles de salud de la población atendida y en relación con:

1. La conexión entre el primer nivel (puestos, subcentros y centros de salud) y el segundo nivel, o nivel complementario (hospital cantonal o provincial), que favorecen la capacidad diagnóstica y terapéutica del servicio, conocido también como sistema de referencia y contra referencia por niveles.
2. Las acciones programadas frente a problemas prevalentes en cada localidad, que aseguren respuestas eficaces a necesidades prioritarias.
3. El desarrollo de la educación continua y la sugerencia de cambios a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

CAPACIDAD RESOLUTIVA ADMINISTRATIVA:

“Es el nexo de comunicación con la Dirección Provincial de Salud para los fines técnico-administrativos y con otras áreas de salud para el abordaje de los problemas comunes. La responsabilidad en las acciones que ejecuta la jefatura de área, va necesariamente ligada a la desconcentración de funciones administrativas desde el



nivel provincial, por lo tanto, tiene capacidad para articular, supervisar y evaluar el funcionamiento de todos los servicios de salud que integran el área”³.

Tiene la función de administrar todos los recursos humanos del área, asegurando su aplicación racional para la adecuada operación y prestación de servicios al usuario; conduce y apoya la implantación y manejo adecuado de procedimientos técnico-administrativos para la organización y funcionamiento de sus servicios; y es responsable sobre el mejoramiento y mantenimiento de la infraestructura física, equipamiento y reequipamiento de sus unidades operativas.

Todas las unidades de salud (subcentros, centros materno infantiles y centros de salud hospital) poseen una capacidad administrativa de su propio ámbito, es decir la organización, programación, ejecución, evaluación y análisis de actividades de atención a la salud de su población asignada. Esta institución cuenta con seis subcentros: San Juan Bosco, Indanza, Chiviaza, Yunganza, Yanguza y San Miguel de Conchay y puestos de salud cuatro: Pananza, Pupunas, Waritza y Numpatkaime.

CAPACIDAD RESOLUTIVA FINANCIERA

“La jefatura de área se transforma en unidad ejecutora a partir de Enero de 1995, fecha en la cual se crea el presupuesto por áreas de salud que le permite la capacidad autónoma de manejar su propio presupuesto y es la responsable de elaborar el plan operativo del área, que incluye la definición de estrategias para viabilizar el cumplimiento de las actividades inmersas en las funciones descritas y el presupuesto respectivo”⁴.

El área 3 cuenta con un presupuesto institucional en el período 2010 de \$. 1.481.452,69, el mismo que está distribuido para los siguientes gastos presupuestarios: grupo 51 Gastos en personal 70.99%, grupo 53 Bienes y servicios de consumo corriente el 17.66%, grupo 57 Otros gastos corrientes el 0.13%, grupo 58 Transferencias y donaciones corrientes el 0.18%, grupo 73 Bienes y servicios para inversión el 5.13%, grupo 75 Obras públicas el 4.21%, grupo 84 Bienes de larga duración el 0.08%, grupo de gasto 99 Pasivo circulante el 1.58%.

³ Jaramillo Antillón, (1998), Principios de Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales, 1° Edición, Costa Rica.

⁴ Ministerio de Salud Pública, (2000), Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud, Quito-Ecuador.



Aplicando el indicador del recurso humano, es decir el costo de personal, en el cual muestra la participación de los diferentes niveles del personal en relación al gasto total de nómina, mostrando cuál de los niveles tiene mayor incidencia en el costo total.

$$INDICE = \frac{\text{GASTO EN REMUNERACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL}}{\text{GASTO TOTAL EN REMUNERACIONES DEL AREA 3}} \times 100$$

$$INDICE = \frac{405.692,28}{1.481.452,69} \times 100$$

$$INDICE = 27.38\%$$

$$INDICE = \frac{645.993,76}{1.481.452,69} \times 100$$

$$INDICE = 43.61\%$$

Arrojando como resultado el gasto en remuneración de personal asistencial o atención directa al paciente el 27.38% en relación al gasto total de nómina de personal del área 3 y del 43.61% corresponde al gasto en remuneración de personal administrativo y contrato colectivo.

El presupuesto depende del Gobierno Central, es la fuente de financiamiento más importante para el proceso de implementación y funcionamiento de las áreas de salud; además existen proyectos financiados por ONG's y otros organismos que persiguen objetivos similares, que aportan técnica y financieramente para el desarrollo de los servicios en salud.

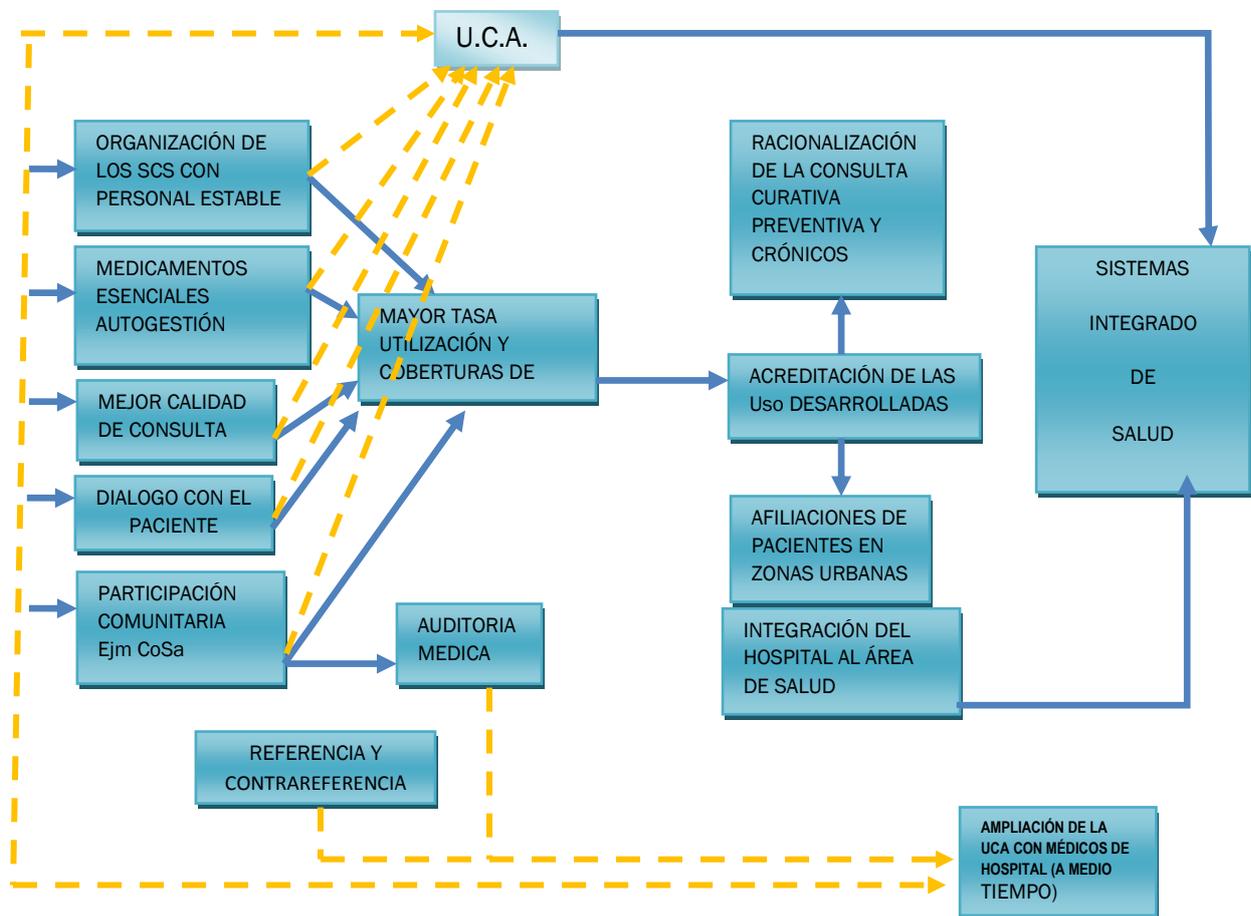
CAPACIDAD RESOLUTIVA TALENTO HUMANO: El área 3 cuenta con un total de 103 funcionarios clasificados de la siguiente manera:

- ❖ 12 Administrativos (coordinador de área, administrador, financiero, etc.)
- ❖ 07 Médicos tratantes
- ❖ 05 Especialistas (ginecología, médico internista, pediatría, anesthesiólogo, cirujano)
- ❖ 06 Médicos residentes
- ❖ 05 Odontólogos
- ❖ 03 Odontólogos rurales
- ❖ 07 Enfermeras
- ❖ 07 Enfermeras rurales



- ❖ 03 Laboratorio clínico (auxiliar, licenciado y doctora)
- ❖ 01 Radióloga
- ❖ 04 Médicos rurales
- ❖ 18 Auxiliares de enfermería
- ❖ 05 Nutrición y dietética
- ❖ 20 Servicios generales (aseo y limpieza, lavandería, mantenimiento, bodega etc.)

Gráfico: 1.3 MODELO DE DESARROLLO DE ÁREAS



Fuente: Ministerio de Salud Pública, (2000), M.O. y funcionamiento de las Áreas de S., Quito- Ecuador.

Elaborado por: autora



1.4. Plan estratégico

1.4.1. Misión

MISION

Brindar servicios de salud en forma integral garantizando eficiencia, eficacia y equidad en procura de mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

Elaborado por la autora

1.4.2. Visión

VISION

Ser un área de salud referente en atención de salud preventiva y curativa, de excelente calidad y calidez, en permanente crecimiento profesional y técnico, en la provincia de Morona Santiago, con la finalidad lograr un alto grado de satisfacción en la comunidad, los individuos que lo componen y especialmente sus usuarios externos.

Elaborado por la autora

1.4.3. Valores corporativos

En el cumplimiento de su misión y para alcanzar la visión a futuro de esta entidad, en todas las acciones del plan se implantaran los valores siguientes:

VALORES

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| • Trabajo en equipo | • Trabajamos para el paciente |
| • Respeto mutuo | • Comunicación abierta |
| • Orientación al resultado | • Honestidad |
| • Ética profesional | • Solidaridad y responsabilidad |

Elaborado por la autora

Trabajo en equipo.- La labor en equipo y la coordinación entre los distintos departamentos y procesos del hospital, subcentros y puestos de salud para potenciar la sinergia y la fuerza del equipo humano.



Trabajamos para el paciente.- Es el enfoque fundamental del área de salud y hace referencia a centrar nuestros servicios en las necesidades y expectativas del usuario tanto desde el punto de vista técnico, como de información y trato.

Respeto mutuo.- Respeto personal y profesional entre los funcionarios del área de salud independientemente de su profesión o las características individuales de cada ser humano manteniendo un alto nivel de tolerancia en la relación interpersonal.

Comunicación abierta.- La posibilidad y necesidad de comunicarnos de una forma leal y honesta entre los funcionarios y los diferentes estamentos del área de salud.

Orientación al resultado.- Conseguir que el trabajo de la institución se oriente a conseguir mejoras en los resultados obtenidos para los usuarios (internos y externos).

Solidaridad.- En la atención prioritaria a los grupos que presentan mayor vulnerabilidad o riesgo movilizando para ello el esfuerzo y la cooperación en conjunto con la sociedad.

El deber del funcionario de esta área de salud es, “Servir a la comunidad con calidad y Calidez” y como fin es: “Servicio de asistencia médica y social, la salud ya es un derecho de todos”

1.4.4. Objetivos

Objetivos del plan nacional para el BUEN VIVIR- relacionados con la salud.

- Mejorar las capacidades de la ciudadanía
- Mejorar la calidad de vida de la población
- Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable
- Construir un estado democrático para el buen vivir.

Objetivo plurianual de gobierno

- Aumentar la esperanza de vida



Objetivos de la entidad

El Área 3 Hospital Cantonal Limón se plantea cumplir con los siguientes objetivos:

- ✦ Fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades con principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- ✦ Garantizar la atención integral, familiar y comunitaria de la salud a la población más vulnerable y de alto riesgo, mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- ✦ Fomentar el desarrollo de implementar un nuevo modelo de gestión desconcentrado, descentralizado, integral, integrado y participativo de salud pública con eficacia, eficiencia y efectividad.
- ✦ Asegurar la calidad y calidez de los servicios de salud, incorporando la participación ciudadana en la planificación, provisión, gestión, veeduría y control en todos los niveles y ámbitos de acción del sistema nacional de salud.

Objetivos estratégicos de la investigación

- ✦ Examinar y medir el desempeño de los procesos administrativos y resultados alcanzados.
- ✦ Evaluar el sistema de control interno implementado por la institución para la ejecución de los procesos.
- ✦ Evaluar la aplicación de los indicadores de gestión en la provisión de los servicios de consulta externa y en la gestión del nivel gerencial.

POLÍTICAS

- Atención de calidad, eficiencia y calidez a los usuarios las 24 horas del día, 365 días al año.
- La formulación de la planificación estratégica debe ser encaminada por los directivos.
- Desarrollo del talento humano institucional.
- Transparencia, ágil y eficiente en la gestión.
- Todo trámite es responsabilidad de cada departamento, en tal razón cada nivel de mando, asume la responsabilidad legal, administrativa y operacional.
- Desempeñar las operaciones en base al plan operativo anual, como pilar fundamental para determinar las necesidades y requerimientos, estableciendo para el efecto el grado de prioridad de acuerdo al presupuesto Institucional.
- Se fortalecerá el servicio del área de salud con otras instituciones con el efecto de lograr recursos.

Elaborado por la autora.



Para el funcionamiento del área de salud, sus directivos han establecido las siguientes estrategias:

Líneas estratégicas

- ✿ Se analizará anualmente la planificación estratégica del área de salud.
- ✿ Elaboración del plan plurianual y operativo de los servicios hospitalarios.
- ✿ Procesos predefinidos en cada uno de los servicios hospitalarios.
- ✿ La estructura organizacional por procesos coadyuvará al cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad.
- ✿ Se difundirá la misión, visión, objetivos y políticas hospitalarias a los funcionarios del entorno interno y externo.
- ✿ Los concursos y contrataciones de los funcionarios se sujetará estrictamente a lo necesario en base a indicadores y justificativo técnico y bajo las leyes y reglamentos de: LOSEP, Código de trabajo, Contratación colectiva y otras leyes pertinentes.
- ✿ Coordinación y fortalecimiento de la comunicación permanente entre los directivos, empleados y trabajadores (usuarios internos y externos).
- ✿ Optimización y capacitación continua dirigida al desarrollo del talento humano
- ✿ Cumplir con la planificación y ejecución del presupuesto 100% de acuerdo al P.O.A.
- ✿ Las adquisiciones de cualquier índole se sujetarán al plan de anual de contrataciones y a lo presupuestado en el año en ejecución y de acuerdo a la ley y reglamento de adquisiciones.
- ✿ Crear y en lo posterior fortalecer la página web, a través de Internet.

1.4.6 Plan operativo anual.

El plan operativo anual de la entidad comprende las actividades, objetivos estratégicos, planes, programas, proyectos e indicadores de resultados y metas, de conformidad con lo dispuesto por SENPLADES, el mismo que tiene como sustento en los planes plurianuales y plan nacional de desarrollo. Anexo 1.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN



2.1. AUDITORÍA DE GESTIÓN

2.1.1. Gestión

La gestión pública comprende las operaciones desarrolladas en la institución con eficiencia, eficacia y calidad en beneficio de la colectividad. También involucra a la efectividad o productividad.

2.1.2. Auditoría de gestión

Es el proceso de obtener y evaluar en forma objetiva y sistemática las evidencias, para presentar una evaluación independiente del rendimiento en la gestión de los procesos basándose en criterios objetivos, así como evaluaciones que proporcionen un enfoque posible sobre las mejores prácticas que faciliten la toma de decisiones por parte de los encargados de dirigir o iniciar las acciones correctivas.

2.2. Antecedentes:

La auditoría de gestión tiene como fin primordial ayudar a la Gerencia a aumentar la eficiencia, eficacia, calidad y economía de sus operaciones. Es en los inicios del siglo 20 que los profesionales contadores públicos comienzan a efectuar auditorías objetivas sistemáticas y profesionales, sin embargo, la historia nos indica que el uso de una persona independiente para fines de verificación de actividades fue empleado por casi todas las civilizaciones.

“Las primeras auditorias formales de registros financieros estaban orientadas hacia la necesidad de las empresas de asegurar el manejo de dinero con seguridad y el registro exacto de las transacciones. Fueron exámenes en detalle de cada transacción efectuados con la finalidad de divulgar fraude”⁵.

Probablemente la gran diferencia introducida en este siglo en la auditoría ha sido el cambio de enfoque histórico de divulgar fraude para un enfoque que ha evolucionado para incluir (1) la determinación de razonabilidad de la presentación de la situación financiera de la

⁵ Maldonado Milton K, (2006), Auditoría de Gestión, (3ra. Edición) Quito-Ecuador.



empresa empezando en los principios del presente siglo, (2) la determinación adicional de la razonabilidad de la presentación de los resultados de las operaciones financieras (empezando cerca de 1940) y finalmente agregando la evolución de la eficiencia, efectividad y economía de las operaciones y la recomendación de mejorar las mismas (empezando cerca de 1960).

Paralelamente con este cambio de enfoque han evolucionado dos conceptos importantes que lo facilitó. 1.- la verificación de transacciones y operaciones a través de pruebas selectivas en vez de examen detallado de cada una, y 2.- el examen y evaluación del control interno como base para determinar el grado de confianza que merece y consecuentemente establecer el alcance de las pruebas selectivas a ser aplicadas.

Es importante, mencionar que a partir de 1997 se unifica la metodología de la auditoría financiera y operativa lo que determina uniformidad en su aplicación estableciéndose tres fases: planificación, ejecución y comunicación de resultados, pero quizá lo más importante que la evaluación de la estructura del control interno es parte de la metodología que aplica el auditor en su examen.

En resumen desde 1997 hasta hoy, la auditoría sigue evolucionando, tanto en el sector privado como en el público, hacia una orientación que, además de dar fe sobre las operaciones pasadas, pretende mejorar operaciones futuras a través de la presentación de recomendaciones constructivas, es decir, el objetivo de la auditoría de gestión es dictaminar estados financieros, establecer la eficiencia, eficacia, calidad, y economía (las "6 Es") de la gestión y manejo de los recursos disponibles, con una extensión de la verificación, aplicación de pruebas selectivas, evaluación del riesgo y unificación de metodología.

2.3. Base conceptual⁶

"La auditoría de gestión, es la acción dirigida a examinar y evaluar el grado de eficiencia, eficacia y economía en el logro de los objetivos previstos por la organización y con los que se han manejado los recursos".

⁶ Universidad Nacional de Loja, (2010), Auditoría de gestión, módulo 9.



2.3.1. Eficiencia.- Este término se relaciona con la utilización adecuada de recursos (costo menor) en el desarrollo de las actividades institucionales, a efecto de cumplir con la misión encomendada por la Constitución o y la ley.

Las actividades que ejecutan las entidades y organismos públicos deben ajustarse a los requerimientos y disposiciones impartidas por normas jurídicas y técnicas las cuales constituyen los **estándares** (lo constitucional, lo esperado, lo planificado, lo técnico, lo ético, lo legal, lo ideal, lo requerido, etc.).

2.3.2. Eficacia.- Este término se refiere al logro de metas y objetivos programados o esperados.

En el sector público los objetivos y metas se los visualiza en los planes estratégicos, plurianuales y operativos. El presupuesto constituye la herramienta a través del cual, los objetivos y metas definidos en el plan operativo anual (P.O.A.) son financiados; por lo que, la ejecución del presupuesto representa su logro parcial o total.

2.3.3. Efectividad.- Este término se concibe como la eficiencia más la eficacia. La relación entre los recursos utilizados con el logro de metas y objetivos logrados.

2.3.4. Calidad.- Se refleja en el usuario externo representado por el pueblo, es quién experimenta y determina finalmente la satisfacción o insatisfacción generada por el bien o servicio recibido del sector público.

Las actividades más utilizadas en la determinación del indicador de calidad, constituyen las entrevistas, encuestas, entre otras.

Características de la auditoría:⁷

- ✦ Es un examen porque a la auditoría se le considera como un proceso de estudio de actividades, cuentas, programas, sistemas, etc., que incluye revisiones, evaluaciones, diagnósticos e investigaciones necesarias.

⁷ Universidad de Cuenca, (2008), Materia de Auditoría de gestión, Genero Peña Cordero.



- ✦ Es objetivo el auditor debe adoptar una madurez de juicio bajo la condición de que sea independiente de las actividades revisadas y siempre manteniendo una independencia de actitud mental.
- ✦ Es sistemática, debido a que toda labor de auditoría debe estar planeada y programada, bajo una metodología claramente establecida y basada en las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA).
- ✦ Es profesional, la persona que efectúa un examen debe poseer cualidades o atributos personales y profesionales especiales, además de que, el auditor o contador público a nivel universitario o equivalente esté debidamente colegiado o afiliado con un organismo profesional que prescriba normas profesionales y un código de ética profesional.
- ✦ El ámbito de aplicación cubre las operaciones o actividades financieras y/o administrativas de una empresa, bien sea en forma íntegra o a cualquier parte de dichas operaciones. No existe límites al alcance del trabajo del auditor.
- ✦ Se efectúa posteriormente al llevar a cabo las operaciones.
- ✦ El propósito del examen es la evaluación y verificación de las operaciones examinadas comparándolas con normas de rendimiento, de calidad y cualquier otra norma aplicable incluyendo las políticas, estrategias, planes, etc., y estableciendo su veracidad, legalidad y propiedad.
- ✦ El producto final es un informe.

2.3.5 El cuadro de mando integral (C.M.I.)- Es un instrumento o metodología de gestión que facilita la implantación de la estrategia de la empresa de una forma eficiente, ya que proporciona el marco, la estructura y el lenguaje adecuado para comunicar o traducir la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas: finanzas, clientes, procesos internos y formación y crecimiento, que permiten que se genere un proceso continuo de forma que la visión se haga explícita, compartida y que todo el personal canalice sus energías hacia la consecución de la misma.

2.3.6. Propósitos y objetivos de la auditoría de gestión⁸

Entre los **propósitos** tenemos a los siguientes:

⁸ Contraloría General del Estado, (2002), Manual de Auditoría de Gestión, Quito Ecuador. P.27



- ❖ Determinar si todos los servicios prestados, obras y bienes entregados son necesarios y, si es necesario desarrollar nuevos; así como, efectuar sugerencias sobre formas más económicas de obtenerlos.
- ❖ Determinar lo adecuado de la organización de la entidad; la existencia de objetivos y planes coherentes y realistas; la existencia y cumplimiento de políticas adecuadas; la existencia y eficiencia de métodos y procedimientos adecuados; y, la confiabilidad de la información y de los controles establecidos.
- ❖ Comprobar si la entidad adquiere, protege y emplea sus recursos de manera económica y eficiente y si se realizan con eficiencia sus actividades y funciones.
- ❖ Cerciorarse si la entidad alcanzó los objetivos y metas previstas de manera eficaz y si son eficaces los procedimientos de operación y de controles internos; y,

Los principales **objetivos** son:

- a. Evaluar el grado de cumplimiento de la misión, políticas, objetivos, metas, estrategias, planes y programas a través de la aplicación de indicadores de gestión que permitan medir el grado de eficiencia, efectividad, y eficacia, como también el impacto que esta genera en el entorno.
- b. Verificar el manejo eficiente de los recursos.
- c. Promover el aumento de la productividad, procurando la correcta administración del patrimonio público.
- d. Satisfacer las necesidades de la población.

2.3.7. Alcance⁹

La auditoría de gestión puede abarcar a toda entidad o a parte de ella, en este último caso por ejemplo un proyecto, un proceso, una actividad, un grupo de operaciones, etc.

Pero el alcance también comprende las coberturas a operaciones recientemente ejecutadas o en ejecución, denominadas operaciones corrientes.

⁹ Contraloría General del Estado, (2002), Manual de Auditoría de Gestión, Quito Ecuador. P .28



La auditoría de gestión examina en forma detallada cada aspecto operativo, administrativo y financiero de la organización, por lo que, en la determinación del alcance debe considerarse principalmente lo siguiente:

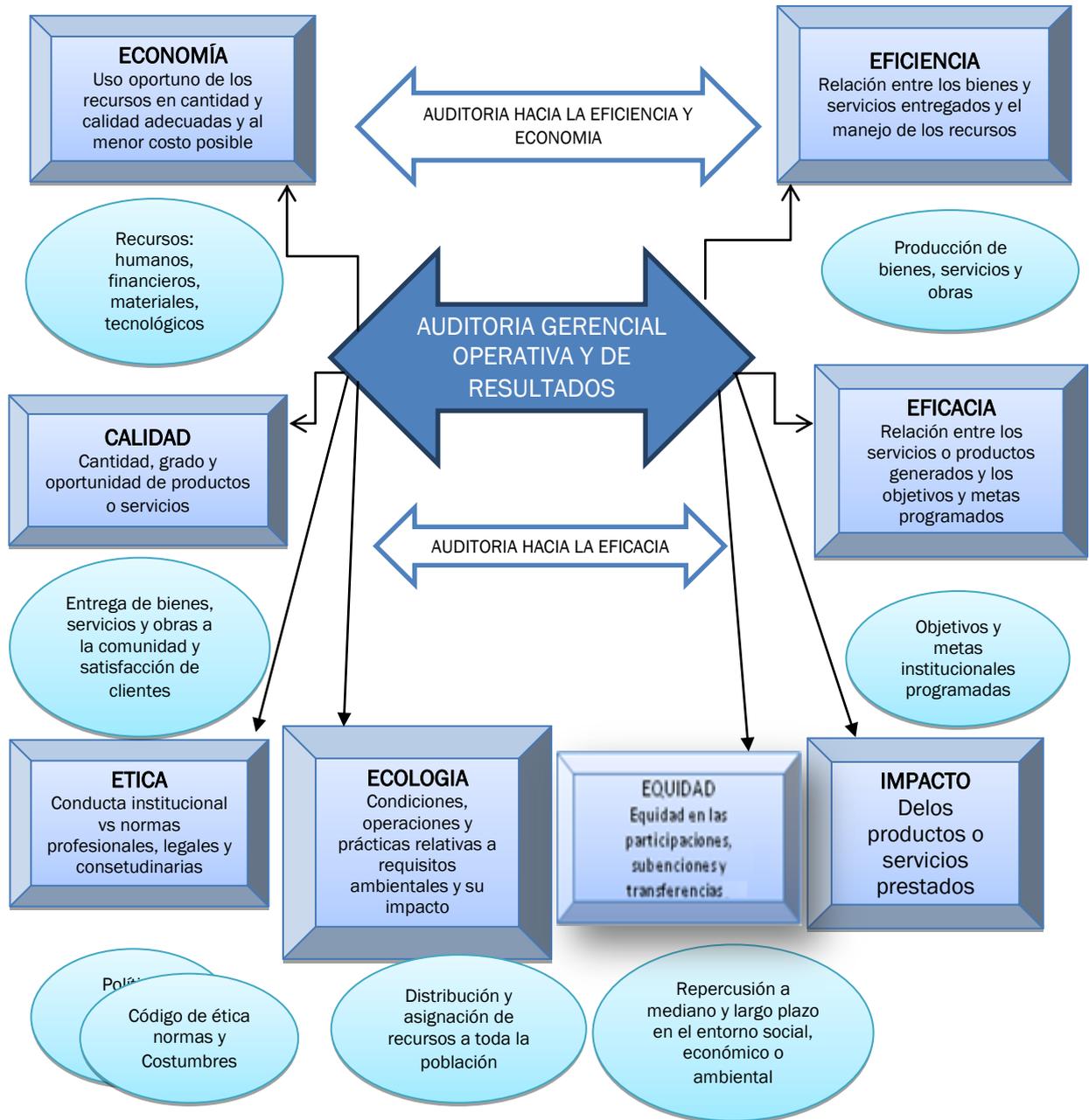
- a) Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.
- b) Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.
- c) Evaluación de la eficiencia y economía en el uso de los recursos, entendido como rendimiento efectivo, o sea operación al costo mínimo posible sin desperdicio innecesario; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.
- d) Medición del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información financiera y operativa.
- e) Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones; oportunidades de mejorar la productividad con mayor tecnificación; exceso de personal con relación al trabajo a efectuar; deficiencias importantes, en especial que ocasionen desperdicio de recursos o perjuicios económicos.
- f) Control de legalidad, del fraude y de la forma como se protegen los recursos.

2.3.8. Enfoque:

La auditoría de gestión se basa en un enfoque integral, por tanto, se concibe como una auditoría de economía y eficiencia, una auditoría de eficacia, y una auditoría de tipo gerencial-operativo y de resultados.



Gráfico: 2.1 ENFOQUE INTEGRAL DE AUDITORIA DE GESTIÓN



Fuente: CGE,2002, Manual de auditoría de gestión, Quito-Ecuador: Corporación Edi-Abaco Cía. Ltda.

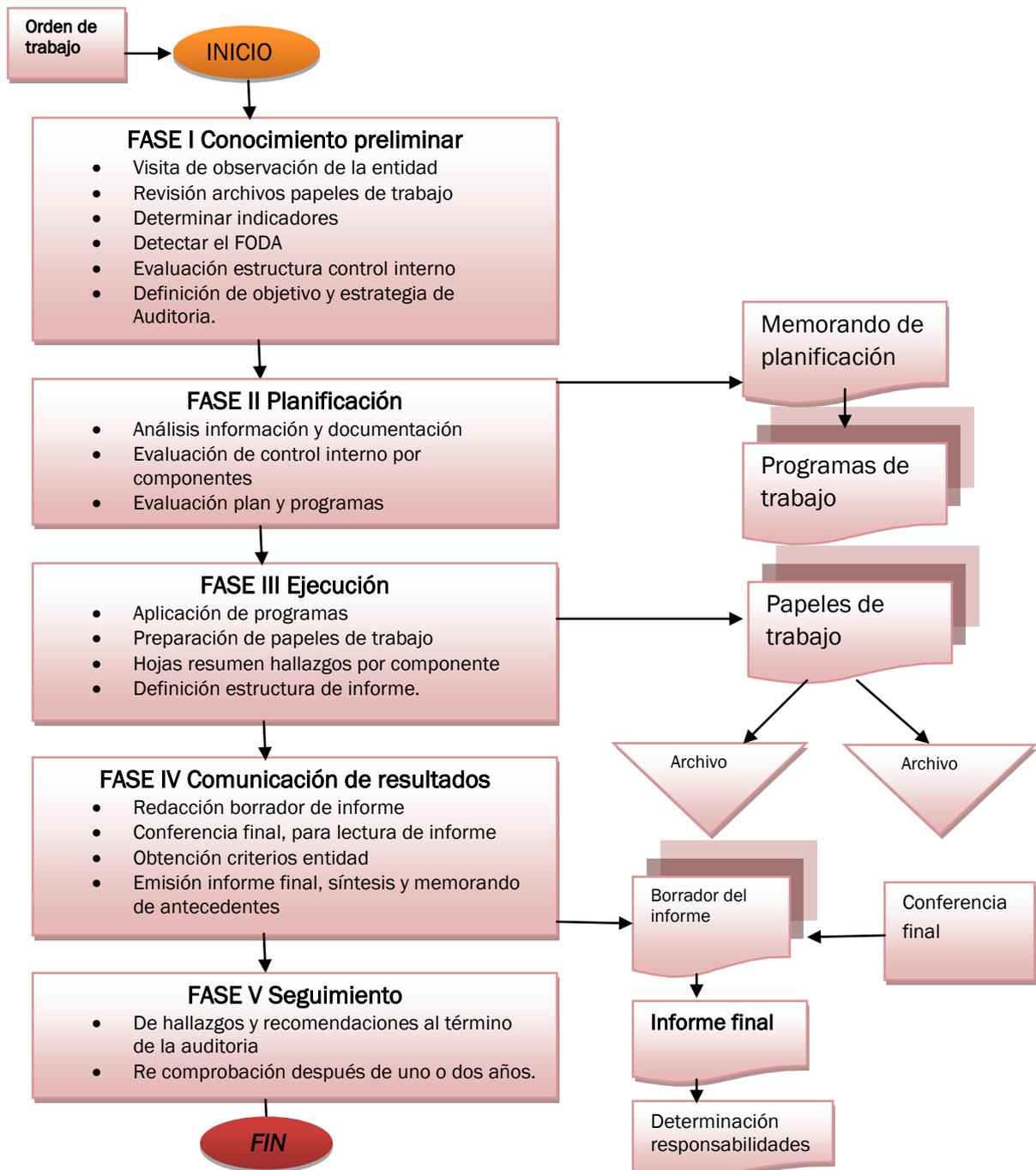
Elaborado por la autora.



2.4 Procesos de la auditoría de gestión

El auditor calificado, competente o facultado para realizar la auditoria, debe sujetarse al cumplimiento de las siguientes fases que comprenden el proceso:

Gráfico: 2.2 FASES DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN



Fuente: CGE,2002, Manual de auditoría de gestión, Quito-Ecuador: Corporación Edi-Abaco Cía. Lda.

Elaborado por la autora.



2.4.1 FASE I. Diagnóstico y conocimiento preliminar

Consiste en obtener un conocimiento integral del objeto de la organización, es decir conocer su actividad principal con la finalidad de realizar una adecuada planificación, ejecución y consecución de los resultados de auditoría de gestión a un costo y tiempo razonable.

Para realizar un examen a una determinada entidad el auditor debe principalmente hacer las siguientes tareas:

2.4.1.1. Principales actividades:

- ✦ Visitar las instalaciones, con la finalidad de observar el desarrollo de las actividades y operaciones, es decir visualizar el funcionamiento en conjunto.
- ✦ Revisar los archivos corriente y permanente de los papeles de trabajo de auditorías anteriores, y/o recopilación de informaciones y documentación sustentoria básica para actualizarlos. Su contenido debe proveer un conocimiento y una comprensión íntegra de la Organización sobre:
 - a. La visión, misión, los objetivos, metas, planes direccionales y estratégicos.
 - b. La actividad principal que desarrolla la institución.
 - c. La situación financiera, la producción, la estructura organizativa y funciones, los recursos humanos, la clientela o usuarios, etc.
 - d. De los directivos, funcionarios y empleados, sobre: liderazgo, actitudes no congruentes con objetivos trazados, el clima o ambiente organizacional.
- ✦ Determinar los criterios, parámetros e indicadores de gestión, que constituyen puntos de referencia que permitirán posteriormente compararlos con resultados reales de sus operaciones, y determinar si estos resultados son superiores, similares o inferiores a las expectativas.
- ✦ Detectar las fuerzas y debilidades, así como las oportunidades y amenazas en el ambiente de la entidad, y las acciones realizadas o factibles de llevarse a cabo para obtener ventaja de las primeras y reducir posibles impactos negativos de las segundas.



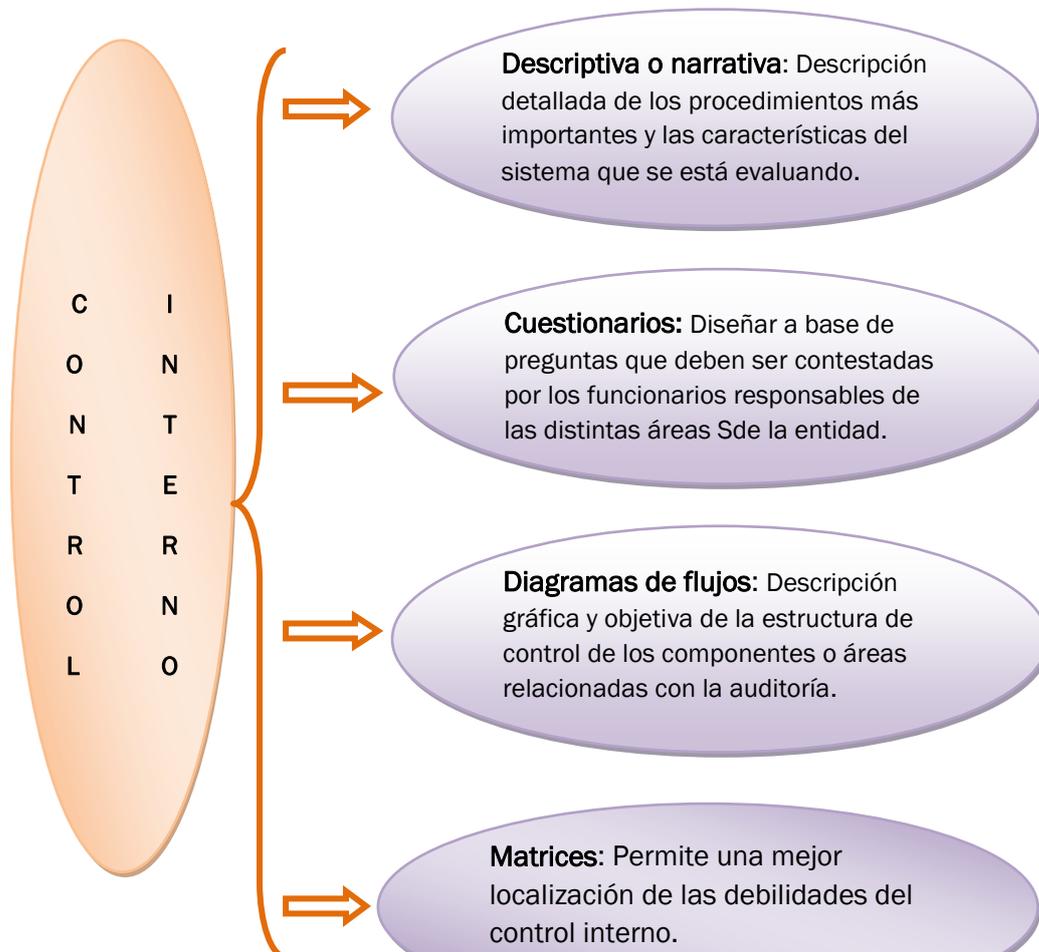
- ✦ Evaluación de la estructura de control interno que permitirá acumular información sobre el funcionamiento de los controles existentes y para identificar a los componentes (áreas, actividades, rubros, cuentas, etc.) relevantes, y que en las siguientes fases del examen se someterán a las pruebas y procedimientos de auditoría.

Dependiendo de la naturaleza de la entidad, magnitud, complejidad y diversidad de sus operaciones, podrá identificarse a más de los componentes a sus correspondientes subcomponentes, por ejemplo una auditoría de gestión practicada en el Área 3 de Salud Limón Indanza, en donde se estableció los siguientes componentes y subcomponentes.



2.4.1.2. Evaluación control interno

Gráfico: 2.3 Métodos para la evaluación del control interno



Fuente: www.olacefs.net

Elaborado por la autora.

2.4.1.2 Definición de objetivos y estrategia de auditoría

La definición de objetivos le ayudará al auditor interno a determinar criterios, a elaborar la planificación y los procedimientos de auditoría, teniendo un impacto significativo en la manera que se conduce la misma.

La estrategia de auditoría es el proceso que implanta el auditor general para vincular el entendimiento de la entidad con la concentración del trabajo de auditoría.



La estrategia es la base para el desarrollo del plan de auditoría y debe documentarse y comunicarse al equipo de auditoría.

2.4.1.3 Identificación de los componentes y subcomponentes

El análisis organizacional y evaluación preliminar del control interno, genera la identificación de áreas críticas o puntos débiles sobre los cuales el auditor deberá prestar especial atención.

2.4.2 FASE II. Planificación específica

Cumple con un objetivo fundamental, diseñar una estrategia de trabajo a la medida de las necesidades de la organización:

El cómo, una vez que disponemos la información de la fase preliminar, ya contamos con una importante aproximación del riesgo, nos familiarizamos con los principales componentes determinados, lo que nos permite evaluar su cumplimiento en el control interno, establecer debilidades o inconformidades, lo que a su vez contribuye a fijar objetivos claros en el plan de auditoría de gestión.

Para qué, una vez identificados los objetivos de la Auditoría, el auditor revisa y analiza la información y documentación obtenida en la fase anterior, con la finalidad de identificar **controles claves**, para verificar su cumplimiento y ejecutar una evaluación de control interno, aplicando indicadores de efectividad al cumplimiento de controles.

El auditor debe tener una comprensión completa de la misión, visión, metas y objetivos de la organización y de los controles existentes, con el fin de determinar la naturaleza, duración y extensión de los procedimientos de auditoría a aplicarse para que el trabajo de examen resulte efectivo.

Para comenzar con esta fase el equipo de auditoría debe haber determinado los componentes: áreas, procedimientos y objetivos, como producto de diagnóstico organizacional y análisis del entorno. Prácticamente, luego de esta investigación inicial,



recién se debería emitirse la “orden de trabajo”, es decir luego de que se ha detectado el área potencial de desviaciones.

2.4.2.1 Principales actividades

Las tareas que se deben realizar en esta fase son las siguientes¹⁰:

- ✦ Revisión y análisis de la información y documentación obtenida en la primera fase de conocimiento preliminar, con el fin de obtener un conocimiento integral del objeto de la entidad, comprender la actividad principal y tener los elementos necesarios para la evaluación de control interno y para la planificación de la auditoría de gestión.
- ✦ Evaluación del control interno relacionada con el área o componente objeto del estudio que permitirá acumular información sobre el funcionamiento de los controles existentes, útil para identificar los asuntos que requieran tiempo y esfuerzos adicionales en la siguiente fase que es “ejecución”, a base de resultados de esta evaluación los auditores determinaran la naturaleza y alcance del examen, confirmar la estimación de los requerimientos de personal, programar su trabajo, preparar los programas específicos de la siguiente fase y fijar los plazos para concluir la auditoría y presentar el informe. La evaluación implica la calificación de los riesgos de auditoría que son: a) Inherente (posibilidad de errores e irregularidades); b) De control (procedimientos de control y auditoría que no prevenga o detecte); y c) De detección (procedimientos de auditoría no suficientes para descubrirlos).
- ✦ Los resultados obtenidos servirán para: a) Planificar la auditoría de gestión; b) Preparar un informe sobre el control interno.
- ✦ A base de las fases conocimiento preliminar y planificación, el supervisor conjuntamente con el Jefe de equipo y con el aporte de los demás integrantes del equipo multidisciplinario realizarán un Memorando de Planificación.
- ✦ El supervisor con el Jefe de equipo formularán los programas de auditoría en los que mínimo se incluyan objetivos y procedimientos específicos con la calificación del riesgo de auditoría, por cada uno de los componentes, que den respuesta a la comprobación de las 6 “E”.

¹⁰ Contraloría General del Estado, Manual auditoría de gestión, Acuerdo No. 031, Quito, 2002.



2.4.2.2 Evaluación del control interno por componente

En esta fase de planificación, antes de la evaluación del sistema de control interno, es elemental conocer el riesgo.

De conformidad con las NAGA pág. 06 (2002) relacionado con la planificación de la auditoría, “establece que el auditor debe obtener una comprensión suficiente de los sistemas de información administrativa, financiera y de control interno para planificar la auditoría de gestión”¹¹.

Es necesario en este sentido lo siguiente:

- ✿ La evaluación de los riesgos inherentes a los diferentes subprocesos de la Auditoría.
- ✿ La evaluación de las amenazas o causas de los riesgos.
- ✿ Los controles utilizados para minimizar las amenazas o riesgos.
- ✿ La evaluación de los elementos del análisis de riesgos.

En este tipo de auditoría debemos tener en cuenta los tres **componentes de riesgos**¹²:

Riesgo inherente.- Son aquellos que se presentan inherentes a las características del Sistema de Control Interno.

Riesgo de control.- Que es aquel que existe y que propicia por falta de control de las actividades de la entidad y puede generar deficiencias del Sistema de Control Interno.

Riesgo de detección.- Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detecten deficiencias en el Sistema de Control Interno.

El riesgo tiende a minimizar cuando aumenta la efectividad de los procedimientos de auditoría de gestión aplicada.

¹¹ Normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, CGE, Acuerdo No. 019 CG, R.O. edición especial No. 6 del 10 de octubre de 2002.

¹² Contraloría General del Estado, Manual auditoría de gestión, Acuerdo No. 031, Quito, 2002.



El nivel de riesgo de auditoría, puede medirse en cuatro grados, estos son:

Cuadro: 2.1

Nivel del riesgo	Significatividad	Factores de riesgo	Probabilidad de ocurrencia de error
Mínimo	No significativo	No existen	Remota
Bajo	Significativo	Algunos pero poco importantes	Improbable
Medio	Muy significativo	Existen algunos	Posible
Alto	Muy significativo	Varios y son importantes	Probable

Fuente: Maldonado E. Milton K, (2006). Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador, Tercera Edición.

Elaborado por la autora.

El nivel de **riesgo mínimo** se presenta cuando en un componente poco significativo, no existieran factores de riesgo y donde la probabilidad de ocurrencia de errores o irregularidades es remota.

El nivel de **riesgo bajo** se presenta cuando en un componente significativo existen factores, pero no tan importantes, y además, la probabilidad que se presenten errores o irregularidades es bajo.

El nivel de **riesgo medio** se genera cuando, en un componente claramente significativo, existan varios factores y existe la probabilidad que se presente errores o irregularidades.

Finalmente, el **nivel alto** se presenta cuando el componente es muy significativo, con varios factores de riesgo, algunos de ellos muy importantes y donde sea altamente probable de que existan errores o irregulares.

2.4.2.3 Memorando de planificación

El memorando de planificación debe preparar el auditor, en este documento se debe hacer constar las generalidades de la entidad, los aspectos relevantes de la evaluación del control interno y las áreas seleccionadas. Se incluirán los riesgos de auditoría y los componentes que serán examinados, el objeto y alcance de la auditoría, los indicadores de gestión, la conformación de equipo de trabajo y los recursos estimados para llevar a cabo el trabajo, requerimientos de recursos



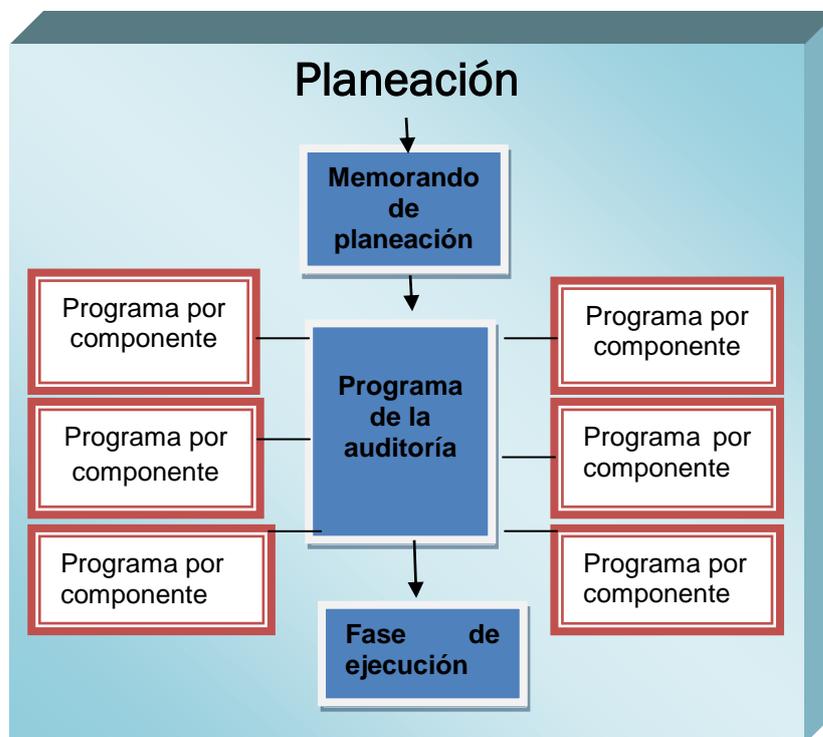
humanos y técnicos, el plazo previsto para su ejecución y el cronograma de las actividades (días laborables) ha realizar.

Finalmente, en el memorando de planificación se debe considerar un cronograma para concluir la auditoría dentro de un período razonable de días laborables y con un número específico de días/hombre, se hará constar las diferentes etapas del examen en la secuencia correcta.

2.4.2.4 Programas de auditoría

El ingrediente principal para elaborar el programa de auditoría, es el memorando de planificación, y será la guía de trabajo en la siguiente fase que es la “Ejecución”. Estos programas le sirven al auditor para asegurarse de que los medios y técnicas de recolección de evidencias, concuerden con cada criterio establecido, así como para considerar el costo de obtener la evidencia, aplicando procedimientos rentables.

Gráfico 2.4



Fuente: Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión
Elaborado por la autora.



Principales características de los programas son los siguientes:

- ✦ Son específicos para cada auditoría
- ✦ Se desarrollan después de conocer la entidad, definir los objetivos y el alcance de la auditoría y establecer criterios.
- ✦ Se desarrolla antes de recolectar evidencia
- ✦ Pueden ser revisados en cualquier momento durante la ejecución.
- ✦ Se establecen para cada objetivo de la auditoría.

Los elementos que de tener un programa de auditoría: nombre de la entidad, el componente, proyecto o programa, proceso sobre el cual se realiza el programa, el objetivo de auditoría para el cual el programa está siendo diseñado, los tipos de evidencia requeridos, debemos saber que vamos a buscar en la aplicación de técnicas y procedimientos que programamos; las fuentes probables de la evidencia; las técnicas y procedimientos de auditoría, con indicación expresa de las referencias de papeles de trabajo y del nombre del auditor y fecha en la cual se prevé la aplicación del procedimiento.

2.4.3 FASE III. Ejecución

En esta etapa, es donde se ejecuta propiamente el trabajo de auditoría, se desarrollan los programas de auditoría por cada componente, en cuyos procedimientos se aplican a base de pruebas, técnicas y prácticas de auditoría; pues en esta fase se desarrolla los hallazgos, los mismos que deben estar sustentados adecuadamente en papeles de trabajo y se obtienen toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada (suficiente, competente y relevante), basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para luego sustentar las conclusiones y recomendaciones del informe.

2.4.3.1 Actividades principales

Los resultados que se obtienen de las fases: conocimiento preliminar y planificación son los insumos fundamentales para el desarrollo de esta fase de ejecución como los siguientes:

- ❖ Análisis organizacional
 - Visión sistemática de la organización



- Análisis de factores internos y del entorno
- ❖ Visión estratégica de la organización
 - Visión, misión, objetivos, metas, estrategias
 - Evaluación preliminar del control interno
- ❖ Memorando de planificación
 - Objetivo y alcance de la auditoría
 - Tiempos estimados, recursos de la auditoría, etc.
- ❖ Programas de auditoría
 - Definición de actividades por componente.
 - Objetivos específicos
 - Procedimientos, técnicas, pruebas.

2.4.3.2 Pruebas de auditoría de gestión¹³

Las pruebas varían en cada examen y le sirven al auditor para comprobar si las operaciones que ejecutan son adecuadas.

Por consiguiente, el auditor utiliza pruebas de auditoría para obtener evidencia suficiente y componente, orientados al cumplimiento del objetivo del examen, que es emitir una opinión profesional, objetiva e imparcial sobre las operaciones administrativas.

A base de los resultados de la evaluación del control interno, el auditor interno define, prepara y ejecuta las pruebas de auditoría. Para definir las pruebas de auditoría, el auditor debe responder a tres preguntas:

- Ⓢ ¿Qué tipo de prueba utilizar?
- Ⓢ ¿Cómo probar?
- Ⓢ ¿Cuánto probar?

Lo que se trata es definir la naturaleza (qué tipo de pruebas efectuar), el alcance (cuántas pruebas efectuar) y el tiempo asignado (cuándo efectuar las pruebas) al desarrollo de los procedimientos de auditoría. En general las pruebas que apoyan a contar con la suficiente evidencia de auditoría, son dos: pruebas de control y pruebas sustantivas.

13 Whittington Ray, O.& Pany, Kurt, (2005) , Principios de Auditoría, México D.F., Mc Graw Hill.



Las pruebas de control.- Están orientadas a proporcionar la evidencia precisa sobre la existencia adecuada de los controles; se dividen en **pruebas de cumplimiento y pruebas de observación**, las primeras tienden a confirmar el conocimiento que el auditor tiene acerca de los mecanismos de control de la entidad, obtenido en la evaluación del control interno, como a verificar su funcionamiento efectivo durante el período de permanencia en el campo.

Pruebas sustantivas.- Este tipo de prueba se utiliza con mayor frecuencia en la auditoría financiera. Proporciona evidencia directa sobre la validez de las transacciones y los saldos manifestados en los estados financieros e incluyen, inspección de documentos de respaldo y de registros contables, observación física y confirmaciones de saldos.

Existen también los procedimientos analíticos que consiste en la aplicación de una serie de técnicas o estrategias para revisar la información y para obtener los resultados de la aplicación de las pruebas de control y sustantivas.

Gráfico: 2.5



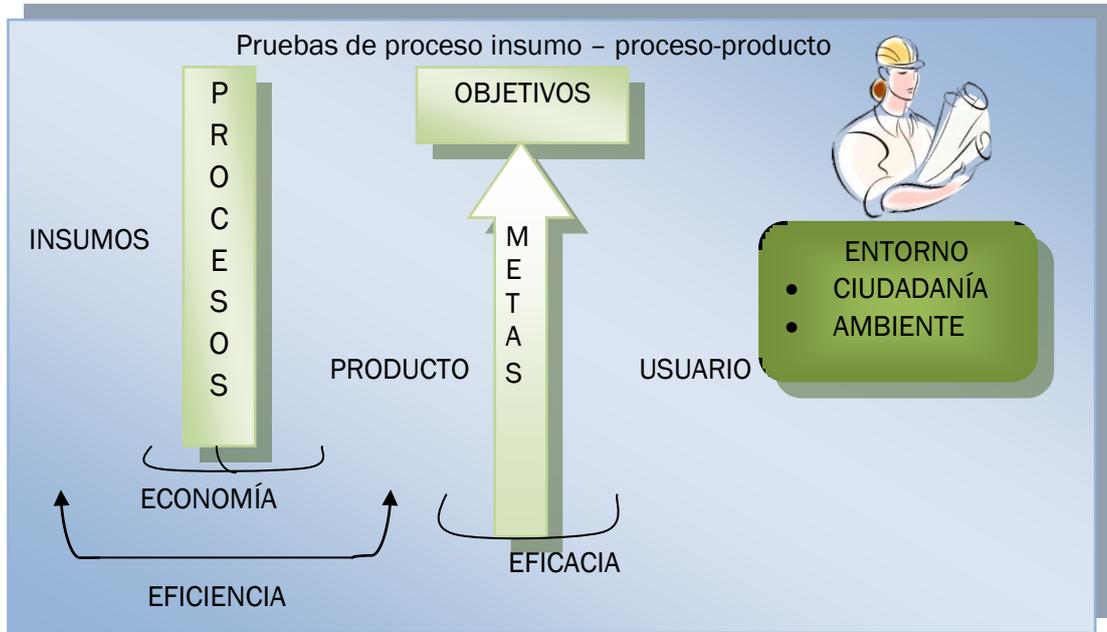
Fuente: Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión

Elaborado por la autora.

A su vez dentro de los procedimientos analíticos que se realizan en la auditoría de gestión fundamentalmente a base de las pruebas de control, existen las pruebas de

proceso para evaluar la eficiencia, eficacia y economía como se presenta a continuación:

Gráfico: 2.6



Fuente: www.olacefs.net, Taller de Auditoría de Gestión.

Elaborado por la autora.

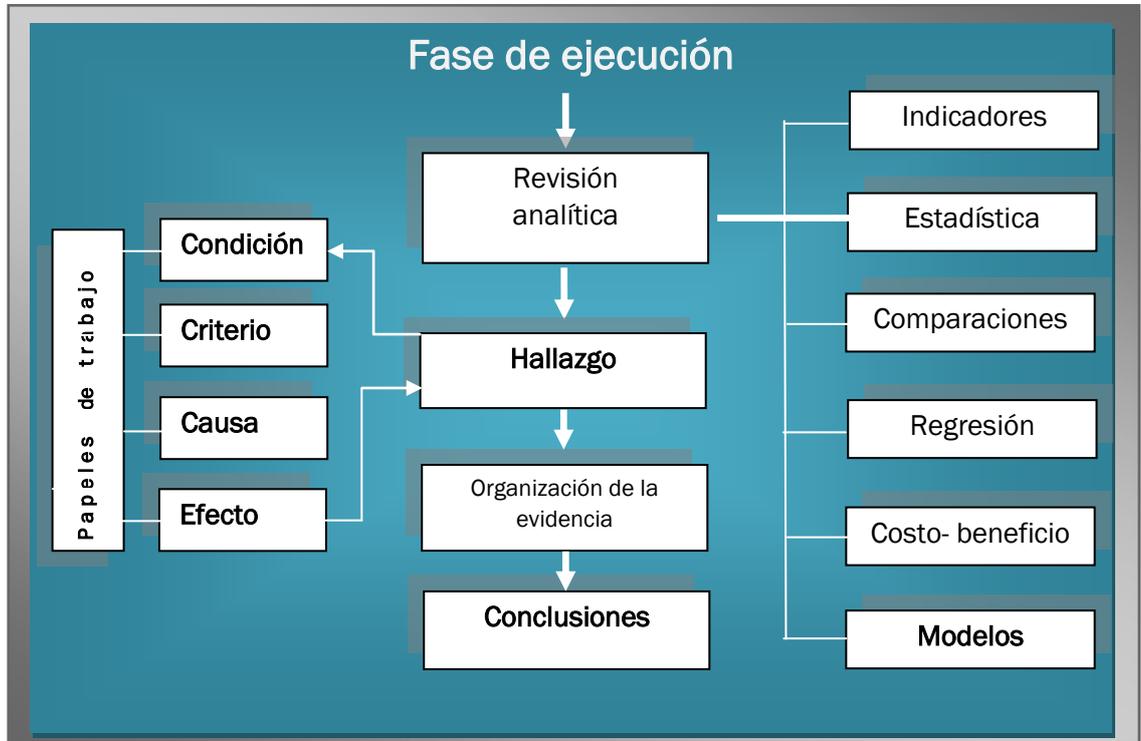
Gráfico: 2.7



Fuente: www.olacefs.net, Taller de Auditoría de Gestión.

Elaborado por la autora.

Gráfico 2.8

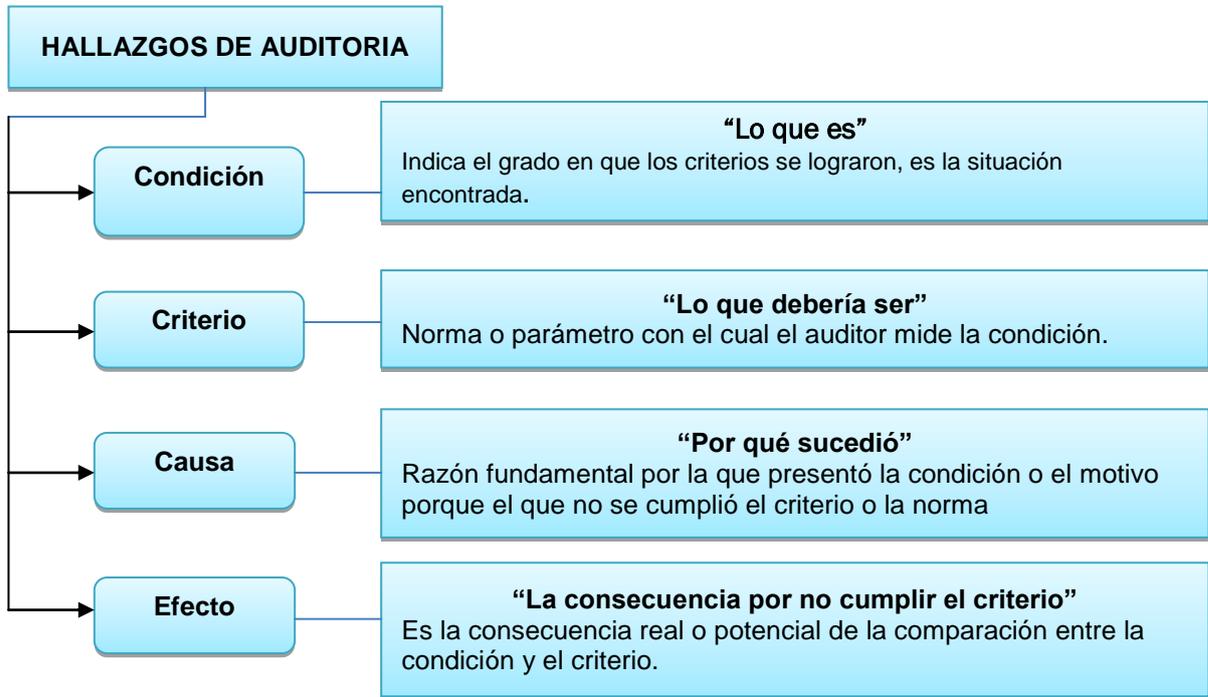


Fuente: Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión

Elaborado por la autora.

2.4.3.3 Hallazgos en auditoría

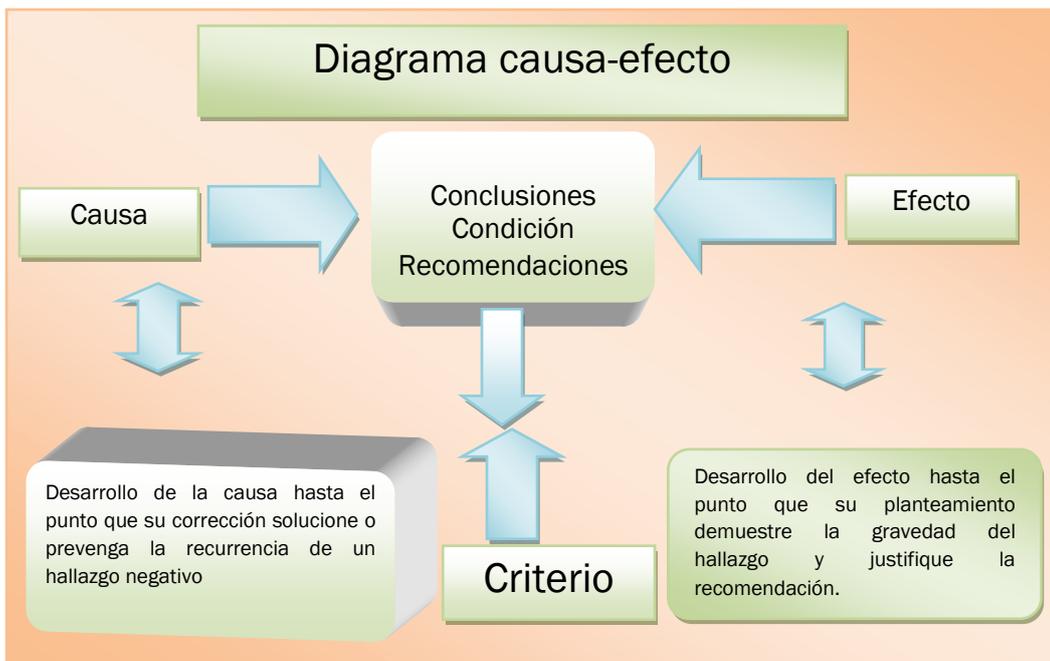
Gráfico: 2.9 HALLAZGOS DE AUDITORIA



Fuente: Subía Guerra Jaime, (2007), Taller Auditoría de Gestión

Elaborado por la autora.

Gráfico: 2.10



Fuente: Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión

Elaborado por la autora.



2.4.3 FASE IV. Comunicación de resultados

Además de los informes parciales que puedan emitirse, como aquel relativo al control interno, se preparará un informe final, el cual contendrá los hallazgos positivos como también la parte correspondiente a la conclusiones que se expondrá en forma resumida, el precio del incumplimiento con su efecto económico, y los atributos (condición, causa, criterio y efecto) para el cumplimiento de la eficiencia, eficacia, calidad y economía en la gestión y uso de los recursos de la entidad auditada.

2.4.3.1 Principales actividades

En esta fase el supervisor y el jefe de equipo en base a los resultados entregados por los integrantes del equipo multidisciplinario llevan a cabo las siguientes:

- ✦ Redacción del informe de auditoría, en forma conjunta entre los auditores con funciones de Jefe de grupo y supervisor, con la participación de los especialistas no auditores en la parte que se considere necesario.
- ✦ Comunicación de resultados, si bien esta se cumple durante todo el proceso de la auditoría de gestión para promover la toma de acciones correctivas de inmediato, es importante que el borrador del informe de auditoría antes de su emisión, deba ser discutido en una conferencia final con los responsables de la gestión y los funcionarios de más alto nivel relacionados al examen.
- ✦ Elaboración del Informe definitivo de gestión pública.

2.4.3.2 El informe de auditoría de gestión

Este es el producto final, es decir la comunicación de resultados es un informe formal escrito por el equipo de auditores.

La LOGGE establece en sus artículos 90, 91 y 92 que en el transcurso del examen los auditores gubernamentales mantendrán comunicaciones verbales o escritas con los funcionarios responsables de las actividades de la entidad auditada. Determinando además que al finalizar los trabajos de auditoría de campo, se dejará



constancia de que fue cumplida la comunicación de resultados y la conferencia final en los términos previsto por la ley y las normas profesionales sobre la materia.

La ley expresa que las recomendaciones de auditoría, una vez comunicadas a los servidores de la Entidad, deben ser aplicadas de manera inmediata y con el carácter de obligatorio, que serán objeto de seguimiento y su inobservancia será sancionada por la LOCGE y su reglamento.

También señala en el reglamento, que la conferencia final se realizará previa notificación escrita, entregada en el domicilio, en el lugar de trabajo o por la prensa, a los vinculados con el examen, con 48 horas de anticipación a la realización de la misma, indicando el lugar, fecha, día y hora en que se efectuará.

Cualquier información explicativa o documentos justificativos que los asistentes o vinculados con el examen, deseen presentar, lo realizarán durante los 5 días laborables posteriores a la conferencia final y mediante comunicación dirigida al auditor general, responsable del trámite del informe definitivo.

Participarán en la conferencia final previamente convocadas las siguientes personas:

- ✿ Gerente o director de salud
- ✿ Los servidores y ex servidores vinculados con la auditoría de gestión
- ✿ Auditor general y su delegado
- ✿ El supervisor y jefe de equipo asignados.

El informe de auditoría de gestión debe ser estructurado de acuerdo a ciertas características con el objeto de lograr un alto grado profesional y para alcanzar eficazmente los objetivos de la comunicación de resultados.

“Estructura del informe de auditoría de gestión”¹⁴

La estructura del informe de auditoría de gestión que debe emitir el auditor que examina a la entidad es la siguiente:

¹⁴ Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión. pág. 225.



- a. Carátula
- b. Índice, siglas y abreviaturas
- c. Carta de presentación
- d. Capítulo I: Enfoque de la auditoría
- e. Capítulo II: Información de la entidad
- f. Capítulo III: Resultados generales
- g. Capítulo IV: Resultados específicos por componente
- h. Capítulo V: Anexos y apéndice

La carátula.- Debe tener el logotipo de C.G.E., el nombre del trabajo realizado, programa, proyecto, actividad, componente, aérea o rubro analizado y el período de cobertura o alcance correspondiente. Por último el código asignado a la auditoría, el año y el número secuencial.

Índice.- Debe presentarse el contenido de cada informe con relación a los asuntos que lo conforman y el número de la página correspondiente.

Siglas y abreviaturas utilizadas.- Se debe incluir una lista del significado de las abreviaturas y siglas usadas en el informe. No se debe considerar abreviaturas de uso corriente, sino aquellas pertinentes al contenido del informe.

Carta de presentación del informe.- Esta comunicación sirve para presentar personalmente el informe de la auditoría de gestión al gerente o director de salud y servidores de la entidad. La carta de presentación deberá contener:

- Título
- Destinatario
- Alcance del trabajo
- La declaración de que la auditoría de gestión se condujo de conformidad con las Normas ecuatorianas de auditoría gubernamental.
- Firma del auditor general
- Lugar y fecha de emisión

Capítulo I: Enfoque de la auditoría.- En este capítulo se hará constar los datos más importantes acerca del motivo, objetivo, alcance y naturaleza de la auditoría de



gestión, el enfoque y los indicadores utilizados, que servirán de base para una mejor comprensión y apreciación del lector mismo.

Capítulo II: Información de la entidad.- Se hará constar la información relativa al Área 3 de salud, como por ejemplo:

- Misión
- Visión
- Análisis F.O.D.A.
- Base legal
- Estructura orgánica
- Objetivos de la entidad

Capítulo III: Resultados generales.- Se hará constar los comentarios, conclusiones y recomendaciones sobre la entidad relacionados con la evaluación de la estructura de control interno del cumplimiento de objetivos y metas institucionales, etc.

Capítulo IV: Resultados específicos por componente.- En este capítulo se presentará por cada uno de los componentes y subcomponentes lo siguiente:

a) Comentarios.-

- Sobre aspectos positivos de la gestión gerencial-operativa y de resultados, que determinen el grados de cumplimiento de las 3 “E” teniendo en cuenta: condición, criterio, efecto y causa;
- Sobre las deficiencias determinando la condición, criterio, efecto y causa; también cuantificando los perjuicios económicos ocasionados, los desperdicios existentes, daños materiales producidos.

b) Conclusiones.-

- Conclusión del auditor sobre los aspectos positivos de la gestión gerencial-operativa y sus resultados, así como del cumplimiento de las 3 “E”.



- Conclusión del auditor sobre el efecto económico y social producido por los perjuicios y daños materiales ocasionados, también por las ineficiencias, prácticas antieconómicas y deficiencias en general; y a las causas y condiciones que incidieron en el incumplimiento de las 3 “E”.

c) Recomendaciones

- Constructivas y prácticas proponiendo mejoras relacionadas con la gestión de la entidad auditada, para que emplee sus recursos de manera eficiente y económica, se realicen con eficiencia sus actividades o funciones, ofrezca bienes, obras o servicios de calidad con oportunidad y aun costo accesible al usuario, y que permita obtener resultados favorables en su impacto.

Capítulo V: Anexos y apéndice.- El informe con frecuencia requiere detalles e información que deben anexarse, tales como: gráficos, cuadros, resúmenes, parámetros e indicadores de gestión, el cronograma de cumplimiento de las recomendaciones, etc.

2.4.4 FASE V. Seguimiento

Comprende el seguimiento mediante la evaluación al cumplimiento de las acciones correctivas, es decir, en esta fase se sustenta el valor agregado del trabajo del auditor. El impacto que busca la labor de auditoría de gestión, es que las organizaciones mejoren su gestión integral.

Esta fase en la auditoría de gestión es posterior a la finalización de la auditoría y su objetivo consiste en dos puntos: 1.- Verificar que el gerente o director de salud y demás servidores de esta área de salud hayan cumplido con la implantación de las recomendaciones del respectivo informe, de acuerdo a los plazos acordados en el cronograma de aplicación de recomendaciones. 2.- Que la entidad haya elevado sus niveles de eficiencia, efectividad y economía como resultado de ese cumplimiento.

2.5 Indicadores para la auditoría de gestión



2.5.1 Indicadores como instrumentos de control de gestión

Los indicadores de gestión constituyen un conjunto de herramientas que permiten medir la eficiencia, eficacia y la calidad de los bienes y servicios generados a través de los distintos procesos de la administración. Son instrumentos que permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente y oblicualitativamente las variable asociadas a las metas, en el tiempo.

Art. 15.- **Indicadores de gestión.** – “Cada entidad del sector público deberá preparar sus indicadores de gestión de acuerdo a su misión y visión conforme las herramientas de planificación desarrolladas como parte del proceso administrativo”.

Es importante que en el área 3 de salud se implante el control interno y que se tenga muy en claro lo importante que es el control de gestión como una herramienta de evaluación. Por consiguiente podemos resumir:

Cuadro: 1.6



Fuente: CGE, 2002, Manual de auditoría de gestión, Quito-Ecuador: Corporación Edi-Abaco Cía. Ltda.

Elaborado por la autora.

Uno de los resultados del control interno, que permite ir midiendo y evaluando es el control de gestión en las instituciones a través del cumplimiento de las metas y objetivos, tomando como parámetros los llamados indicadores de gestión, con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir.

Las actividades que se realizan en una organización requieren cuantificarse, es decir, medirse, esa medida refleja en qué grado las actividades que se ejecutan dentro de un proceso, o los resultados del proceso se han alcanzado. Para medir una actividad lo importante es saber:

Gráfico 2.11



Fuente: CGE, MAG 2002, Manual de auditoría de gestión, Quito: Corporación Edi-Abaco Cía. Lda.

Elaborado por la autora.

Los indicadores nos permiten medir:

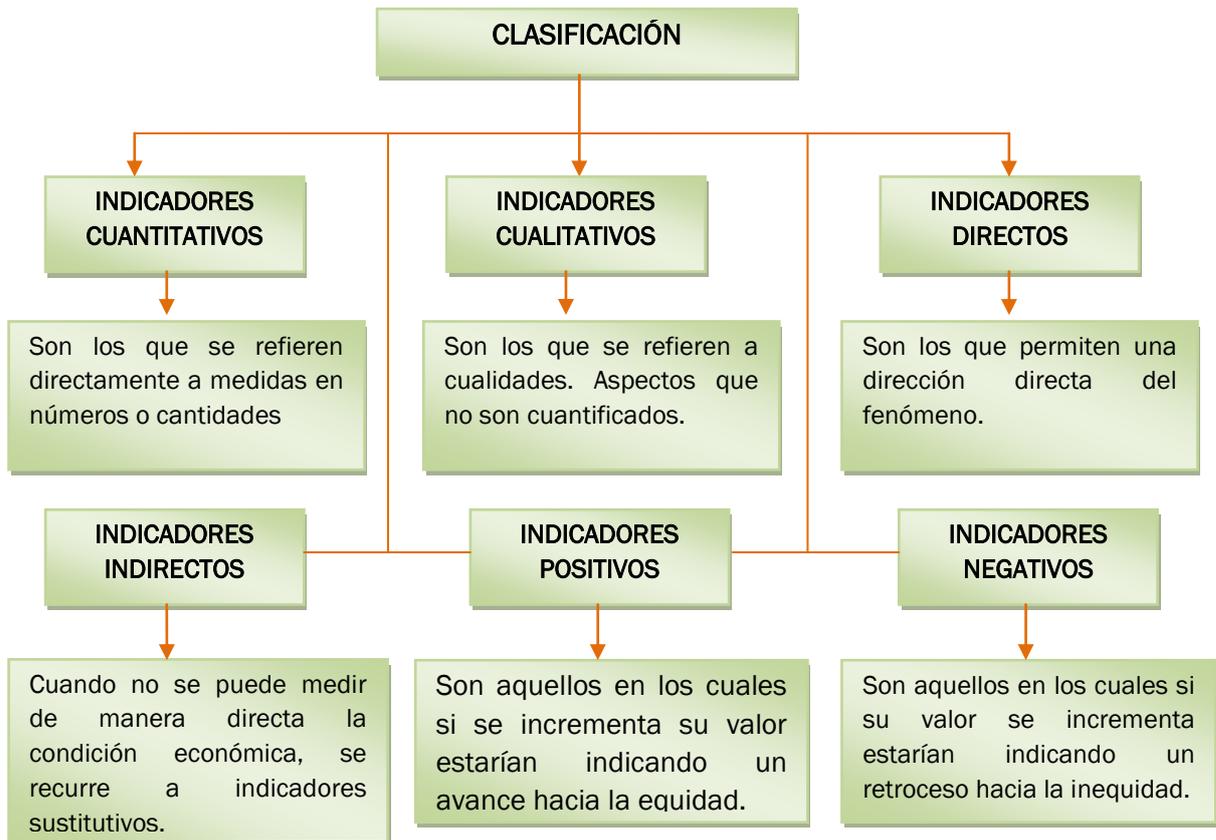
- La eficiencia y economía en el manejo de los recursos
- Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios prestados (eficacia).
- El grado de satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes a quienes van dirigidos (calidad).

Estos aspectos deben ser medidos considerando su relación con la misión, los objetivos y metas planteadas por la entidad.



2.5.2 Clasificación de los indicadores de gestión

Gráfico 2.12



Fuente: Jumbo Diana & Idrovo María. "Diseño y Aplicación de Indicadores de Gestión en la Cía. de Economía Mixta LOJAGAS para el año 2006". Directora: Mgs. Graciela Castro. Universidad Técnica Particular de Loja, Biblioteca, 2008.

Elaborado por la autora.

2.6 Herramientas para la auditoría de gestión

2.6.1 Equipo multidisciplinario

Para la ejecución de auditorías de gestión es necesario la conformación de un equipo multidisciplinario, que dependiendo de la naturaleza de la entidad y de las áreas a examinarse, a más de los auditores profesionales, podría estar integrado por especialistas en otras disciplinas, tales como: ingenieros, abogados, economistas, psicólogos, médicos, etc.



Audidores

De éste grupo, entre los dos más experimentados, se designa al jefe de grupo y al supervisor, quienes tendrán la máxima e íntegra responsabilidad de la auditoría de gestión. Así mismo, este trabajo debe realizarse a cargo de una dirección de auditoría y bajo la dirección de su titular.

Especialistas

Estos profesionales a más de su capacidad deben tener la independencia necesaria con relación a la entidad objeto de la auditoría, a fin de obtener mayor confianza de que su trabajo será ejecutado con total imparcialidad.

Tales equipos, incluyen normalmente:

- Auditor general
- Jefe de equipo
- Supervisor
- Auditores operativos
- Especialistas
- Asistentes

2.6.2 El sistema de control interno

Los artículos 9, 10,11 y de la LOCGE establece que:

“El control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada institución que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos públicos y se alcancen los objetivos institucionales. Constituyen elementos del control interno: el entorno de control, la organización, la idoneidad del personal, el cumplimiento de los objetivos institucionales, los riesgos institucionales en el logro de tales objetivos y las medidas adoptadas para afrontarlos, el sistema de información, el cumplimiento de las normas jurídicas y técnicas; y, la corrección oportuna de las deficiencias de control.



El control interno será responsabilidad de cada institución del Estado, y tendrá como finalidad primordial crear las condiciones para el ejercicio del control externo a cargo de la Contraloría General del Estado”.

“Para un efectivo, eficiente y económico control interno, las actividades institucionales se organizarán en administrativas o de apoyo, financieras, operativas y ambientales”.

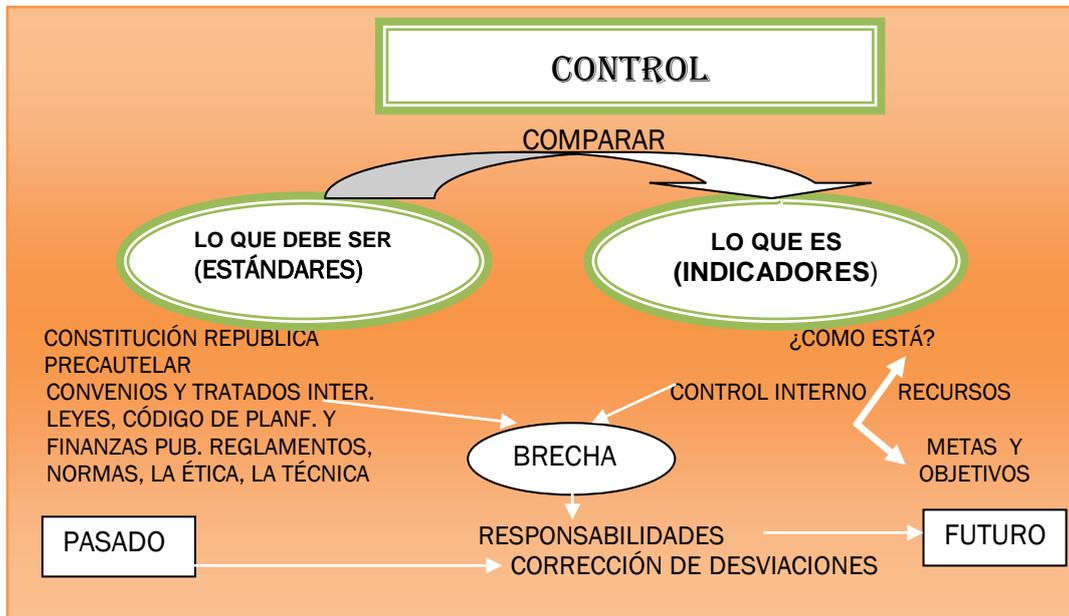
Características del control interno:

- ✿ El control interno es un proceso y un medio utilizado para el logro de un fin.
- ✿ El control interno se lleva a cabo por personas en cada nivel de la organización, que son quienes establecen los objetivos de la entidad e implantan los mecanismos de control.
- ✿ El control interno solamente puede aportar un grado de seguridad razonable a la dirección y a la administración de una entidad.
- ✿ El control interno procura la consecución de objetivos de diversa naturaleza.

En la Ley orgánica de la Contraloría General del Estado en su artículo 12.- Establece los tiempos de control:

- a. **Control previo.-** Los servidores de la institución, analizarán las actividades institucionales propuestas, antes de su autorización o ejecución, respecto a su legalidad, veracidad, conveniencia, oportunidad, pertinencia y conformidad con los planes y presupuestos institucionales.
- b. **Control continuo.-** Los servidores de la institución, en forma continua inspeccionarán y constatarán la oportunidad, calidad y cantidad de obras, bienes y servicios que se recibieren o prestaren de conformidad con la ley, los términos contractuales y las autorizaciones respectivas.
- c. **Control posterior.-** La unidad de auditoría Interna o externa será responsable del control posterior ante las respectivas y se aplicará a las actividades institucionales, con posterioridad a su ejecución.

Gráfico: 2.13

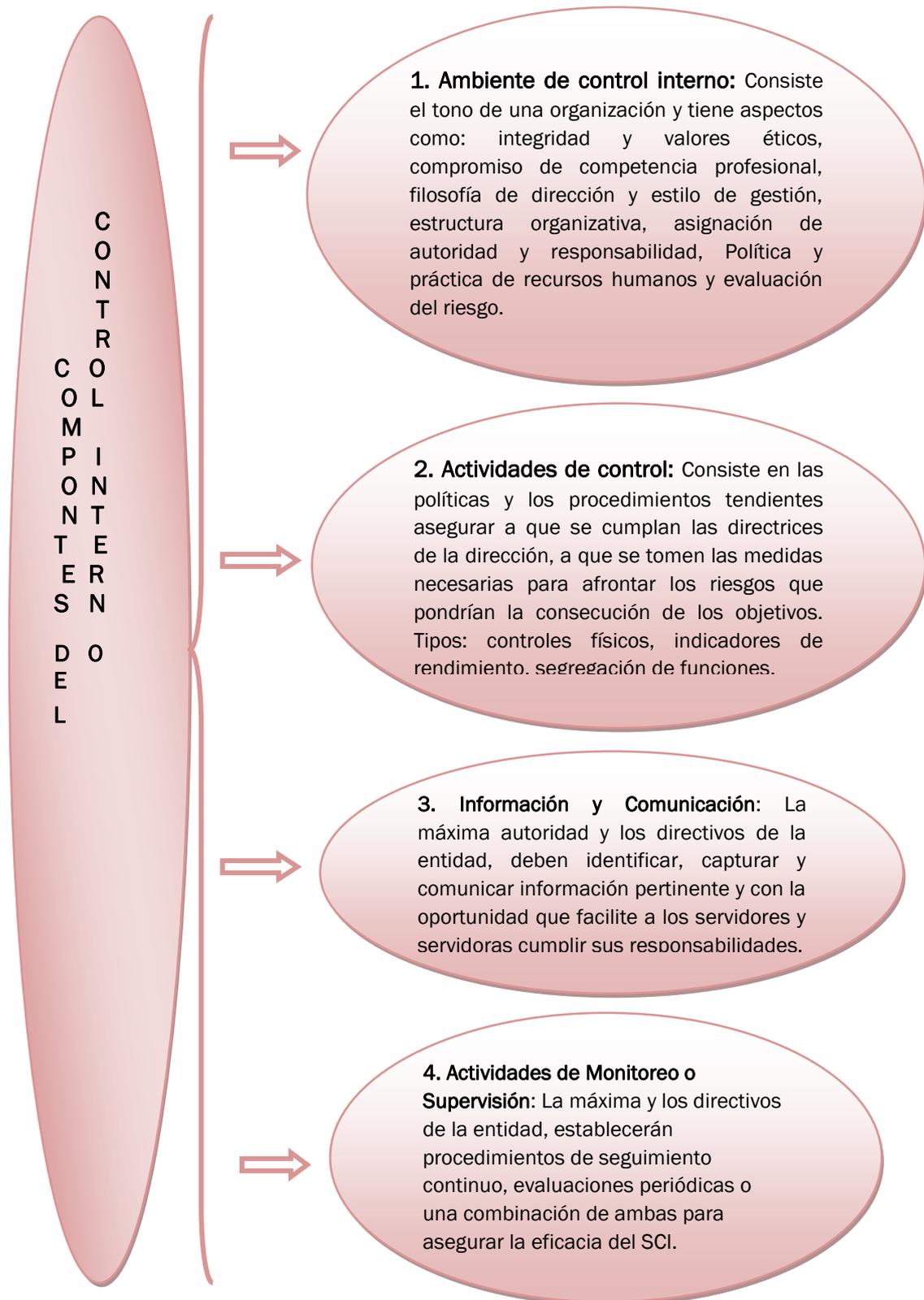


Fuente: Contraloría General del Estado, (2011) "Taller de Gestión Pública".
Elaborado por la autora.

Los componentes del sistema de control interno son un conjunto de normas que son utilizadas para evaluar el control interno y determinar su efectividad.

Se reconocen 5 componentes del control interno base COSO:

Gráfico 2.14: Componentes del control interno base COSO:



Fuente: Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Especifico de Auditoría de Gestión, Cuenca-Ecuador.

Elaborado por la autora.



2.6.3 Muestreo en la auditoría de gestión¹⁵

Durante su examen el auditor obtiene evidencia confiable y pertinente, suficiente para darle una base razonable sobre lo cual emitir un informe. Los procedimientos de auditoría que brindan esa evidencia no pueden aplicarse a la totalidad de las operaciones de la entidad, sino que se restringen a algunos de ellos, este conjunto de operaciones constituyen una “muestra”.

El muestreo es el proceso de determinar una muestra representativa que permita concluir sobre los hallazgos obtenidos en el universo de operaciones. Por muestra representativa se entiende una cantidad dada de partidas que considerando los valores otorgados a elementos tales como el “riesgo”, permite inferir que el comportamiento de esa muestra es equivalente al comportamiento del universo.

La aplicación del muestreo en auditoría tiene los siguientes objetivos:

- ❖ Obtener evidencia del cumplimiento de los procedimientos de control establecidos.
- ❖ Obtener evidencia directa sobre la veracidad de las operaciones que se incluye en los registros y controles.

En la auditoría de gestión, el auditor en la fase de conocimiento preliminar y en la fase de planificación requiere de investigaciones lo más exhaustivas posibles para determinar las causas de los problemas, que le permitan determinar en la ejecución del trabajo las pruebas a realizar y la aplicación o no de muestreos.

Los auditores emplean los dos enfoques de las técnicas de muestreo, como son:

De apreciación o no estadístico.- Los ítems a ser incluidos en la muestra son determinados de acuerdo a criterio, en este tipo de muestreo el tamaño, selección y evaluación de las muestras son completamente subjetivas, por lo tanto, es más fácil que ocurran desviaciones. Esta técnica es la más tradicional que viene aplicando el auditor, se sustenta en una base de juicio personal.

¹⁵ Contraloría General del Estado. (2002). Manual de Auditoría de Gestión, Quito Ecuador.



Estadístico.- Aplica técnicas estadísticas para el diseño, selección y evaluación de la muestra, provee al auditor de una medición cuantitativa de su riesgo. Este muestreo ayuda al auditor a: 1. Diseñar una muestra eficiente, 2. Medir la eficiencia de la evidencia comprobatoria obtenida; y, 3. Evaluar los resultados de la muestra.

Al escoger entre el muestreo estadístico y el no estadístico, el auditor debe considerar los objetivos de auditoría y la naturaleza del universo objeto de la muestra, así como también las ventajas y desventajas de cada método.

2.6.4 Evidencia suficiente y competente

Las evidencias de auditoría constituyen los elementos de prueba que obtiene el auditor sobre los hechos que examina y cuando éstas son suficientes y competentes, son el respaldo del examen y sustentan el contenido del informe.

El auditor dedica la mayor parte de su trabajo a la obtención o elaboración de la evidencias, lo que logra mediante la aplicación de las técnicas de auditoría.

Elementos:

- a. **Evidencias suficientes**.- Cuando éstas son en la cantidad y en los tipos de evidencia, que sean útiles y obtenidas en los límites de tiempo y costos razonables.
- b. **Evidencias competentes**.- Cuando de acuerdo a su calidad son válidas y relevantes.

Clases:

- a) Física.- Que se obtiene por medio de una inspección y observación directa de actividades, documentos y registros.
- b) Testimonial.- Que es obtenida en entrevistas cuyas respuestas son verbales y escritas, con el fin de comprobar la autenticidad de un hecho.
- c) Documental.- Son los documentos logrados de fuente externa o ajena a la entidad.
- d) Analítica.- Es la resultante de computaciones, comparaciones con disposiciones legales, raciocinio y análisis.



Confiabilidad

Para que la evidencia sea a aceptable, debe ser probable y confiable. La calidad de la evidencia varía considerablemente según la fuente que la origina, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro: 2.2

MAYOR CONFIABILIDAD	MENOR CONFIABILIDAD
* Obtenida a partir de personas o	* Obtenida dentro de la entidad
* Hechos independientes de la entidad	* Producida por una estructura de control interno débil
* Producida por una estructura de control interno efectivo	* Por conocimiento indirecto
* Para conocimiento directo	* Del personal de menor nivel
* Observación, inspección o reconstrucción	
* De la alta dirección	

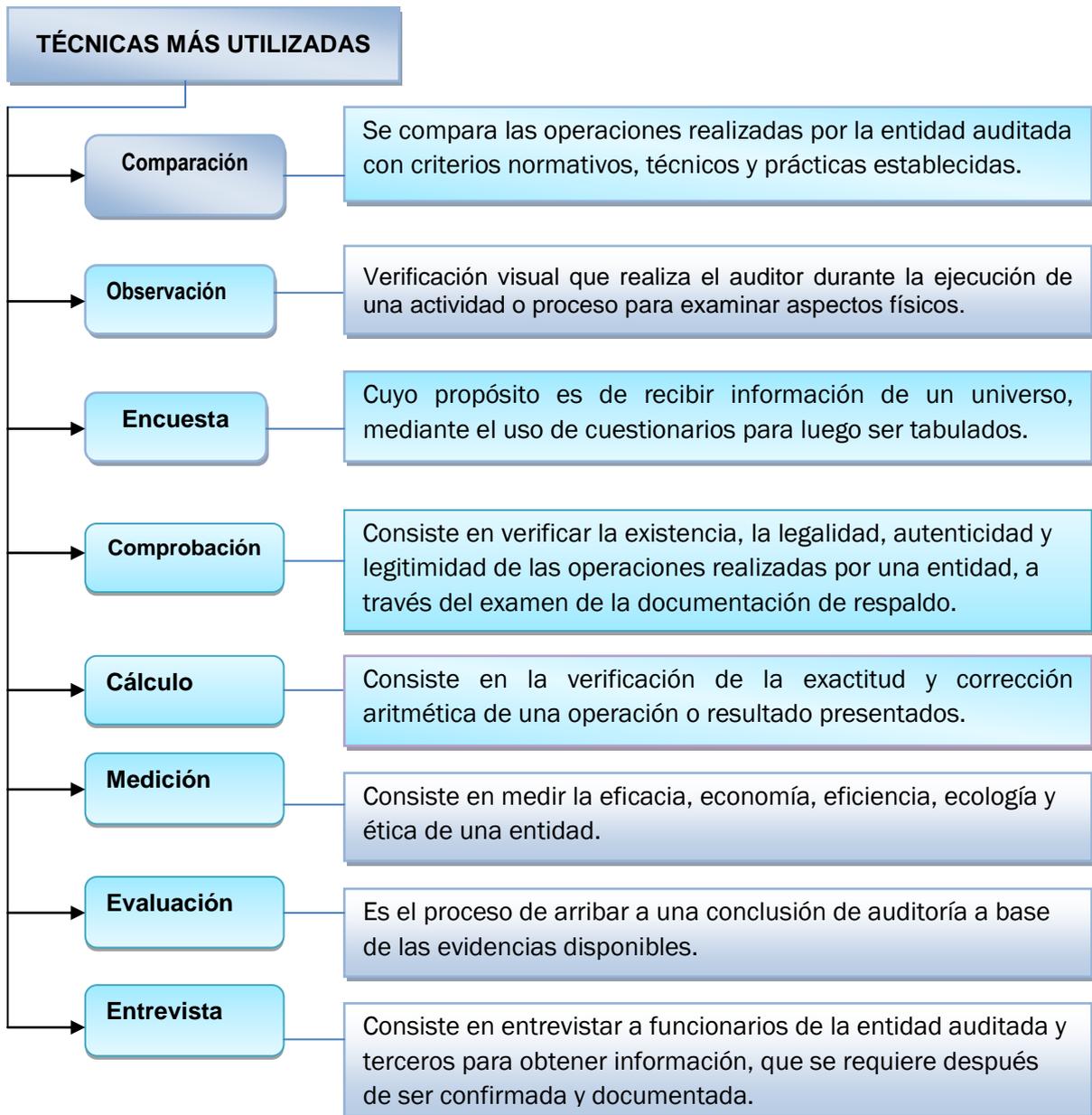
Fuente: www.ilustrados.com

Elaborado por la autora.

2.6.5 Técnicas para obtener información

En la auditoría de gestión es fundamental el criterio profesional del auditor para la determinación de la utilización y combinación de las técnicas y prácticas más adecuadas, que le permitan la obtención de la evidencia suficiente, competente y relevante, que de una base objetiva y profesional, que fundamenten y sustenten sus comentarios, conclusiones y recomendaciones. En este trabajo de auditoría de gestión aplicado al Área 3 de Salud se utilizarán las siguientes técnicas:

Grafico 2.15



Fuente: CGE, MAG 2002, Manual de auditoría de gestión, Quito: Corporación Edi-Abaco Cía. Lda.

Elaborado por la autora.

2.6.6 Papeles de trabajo¹⁶.- Es el conjunto de cédulas, documentos y medios magnéticos elaborados u obtenidos por el auditor, producto de la aplicación de las técnicas, procedimientos y más prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

¹⁶ Contraloría General del Estado. (2002). Manual de Auditoría de Gestión, Quito Ecuador.



Por lo tanto, constituyen los registros y documentos mantenidos por el auditor de los procedimientos por él seguidos, de las comprobaciones parciales que realizó, y de las conclusiones a las que arribó en relación con su examen, pueden incluir: programas de trabajo, análisis, anotaciones, documentos de la entidad o de terceros, cartas de confirmación y manifestaciones del cliente, extractos de documentos de la institución y planillas o comentarios preparados u obtenidos por el auditor.

Los propósitos principales de los papeles de trabajo son:

- a) Constituir el fundamento que dispone el auditor para preparar el informe de la auditoría.
- b) Servir de fuente para comprobar y explicar en detalle los comentarios, conclusiones y recomendaciones que se exponen en el informe de auditoría.
- c) Constituir la evidencia documental del trabajo realizado y de las decisiones tomadas, todo esto de conformidad con las NAGAS.

Los papeles de trabajo deben reunir ciertas características:

- ✿ Prepararse en forma clara y precisa, utilizando referencias lógicas y un mínimo número de marcas.
- ✿ Su contenido incluirá tan sólo los datos exigidos a juicio profesional del auditor.
- ✿ Deben elaborarse sin enmendaduras, asegurando la permanencia de la información.
- ✿ Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar su custodia y confidencialidad, divulgándose las responsabilidades que podrían dar lugar por las desviaciones presentadas.

2.6.6.1 Los objetivos de los papeles de trabajo

Principales:

- ✿ Respalda el contenido del informe preparado por el auditor
- ✿ Cumplir con las normas de auditoría emitidas por la Contraloría General del Estado



Secundarias:

- ✿ Sustentar el desarrollo de trabajo del auditor.
- ✿ Facilitar la supervisión y permitir que el trabajo ejecutado sea revisado por un tercero
- ✿ Constituir un elemento importante para la programación de exámenes posteriores de la misma entidad o de otras similares.
- ✿ Informar a la entidad sobre las deficiencias observadas, sobre aspectos relativos a las actividades de control de los sistemas, de procedimientos contables entre otros.

2.6.6.2 Marcas de auditoría¹⁷

Conocidas también como claves de auditoría, son signos o símbolos convencionales que utiliza el auditor interno para identificar el tipo de procedimiento, tarea o pruebas realizadas en la ejecución de un examen.

Normalmente, el auditor trabaja sobre los documentos recibidos de la entidad, de terceros ajenos a la entidad y los confeccionados por él, por lo que no puede dejar constancia descriptiva de la tarea realizada, ya que implicaría una repetición innecesaria, utilización de mayor tiempo, incrementos de papeles de trabajo y se dificultaría cualquier revisión posterior.

A continuación se presenta algunas marcas estándares que pueden utilizarse y que se encuentran relacionadas con las técnicas y otras prácticas que contienen los procedimientos de auditoría.

¹⁷ Contraloría General del Estado. (2002). Manual de Auditoría de Gestión, Quito-Ecuador. P. 66-67.



Cuadro: 2.3 MARCAS DE AUDITORIA

Símbolo	Significado
	Ligado
	Comparado
	Observado
	Rastreado
	Indagado
	Analizado
	Conciliado
	Circularizado
	Sin respuesta
	Respuesta afirmativa
	Respuesta negativa
	Comprobado
	Cálculos
	Inspeccionado
	Notas explicativas



CAPITULO III

EJERCICIO PRÁCTICO DEMOSTRATIVO: AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADA AL ÁREA 3 DE SALUD DE LIMÓN INDANZA



 <p>C.MARIN AUDITORA</p>	<p style="text-align: center;">ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p style="text-align: center;">ABREVIATURAS</p> <p style="text-align: center;">PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p> <p>Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011</p>	
<p>O.T. = Orden de trabajo</p> <p>C.C. = Cuestionario de control interno</p> <p>R.E.C.C.I. = Resultado de evaluación de control interno</p> <p>I.G. = Indicadores de gestión</p> <p>N.I.T. = Notificación de inicio del examen</p> <p>P.P. = Planificación preliminar</p> <p>P.E. = Planificación específica</p> <p>H.A. = Hallazgos de la auditoría de gestión</p>		
COMENTARIO:		
<p>ELABORADO POR: Carmen Marín - CMCH</p> <p>REVISADO POR: Carmen Córdova - CRC</p> <p>APROBADO POR: Pedro López - PL</p>		<p>FECHA: 15 de junio de 2011</p> <p>FECHA: 16 de junio de 2011</p> <p>FECHA: 17 de junio de 2011</p>



FASE I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR

ORDEN DE TRABAJO

Limón, 16 de junio del 2011.
Oficio No. 01300-DR2DPMS

Sección: **DELEGACIÓN PROVINCIAL DE CONTRALORÍA**

Asunto: Orden de Trabajo – Actividad de control planificada

Señorita
Carmen Marín
Auditor Operativo
Contraloría General del Estado
Presente.-

De mi consideración:

En cumplimiento a los artículos 211 de la Constitución de la República del Ecuador y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, autorizo a usted para que con cargo al Plan Operativo del Control año 2011 de la unidad de control Delegación Regional 2, en calidad de auditor operativo, realice la Auditoría de Gestión, al Área 3 Hospital Cantonal Limón, ubicado en General Plaza, Limón Indanza, provincia Morona Santiago, por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2010.

Los objetivos generales son:

- Examinar y medir el desempeño de los procesos administrativos y resultados alcanzados.
- Evaluar el sistema de control interno implementado por la institución para la ejecución de los procesos.
- Presentar el informe final de auditoría de gestión con la finalidad de dar a conocer todos los aspectos relevantes del área 3 de salud.

El equipo de trabajo estará conformado por: auditor operativo Carmen Marín jefe de equipo NN y como supervisor Dra. Carmen Córdova, quién en forma periódica informará sobre el avance del trabajo.

El tiempo estimado para la ejecución de esta acción de control es de trescientos sesenta días laborables que incluye la elaboración del borrador del informe y la conferencia final.

Atentamente,
Dios, Patria Libertad

Dra. Carmen Córdova
Auditor General



NOTIFICACIÓN INICIO DE EXAMEN ESPECIAL

Limón, 20 de junio del 2011.
Oficio No. 01400- DR2DPMS

Sección: **DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONTRALORÍA**
Asunto: Notificación de inicio de examen

Doctor
Xavier López S.
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA 3
Limón Indanza - Morona Santiago.

De mi consideración:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 20 de su reglamento, notifico a usted, que la Delegación Provincial de la Contraloría, iniciará el examen especial de Auditoría de Gestión al Área 3 Hospital Cantonal Limón, por el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2010.

Los objetivos generales son:

- Examinar y medir el desempeño de los procesos administrativos y resultados alcanzados.
- Evaluar el sistema de control interno implementado por la institución para la ejecución de los procesos.
- Presentar el informe final de auditoría de gestión con la finalidad de dar a conocer todos los aspectos relevantes del área 3 de salud.

Agradeceré enviar respuesta, señalando nombres y apellidos completos, número de cédula de ciudadanía, dirección domiciliaria, lugar habitual de trabajo y número de teléfono, cargo y período de gestión, a nuestra oficina ubicado en la calle Soasti s/n y Manuel Bejarano de la ciudad de Macas.

Atentamente,
Dios, Patria y Libertad,

Srta. Carmen Marín
AUDITORA



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 **Fecha de término:** 15 de septiembre de 2011

VISITA PREVIA A LA INSTITUCIÓN

- Nombre de la entidad, componente,** ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN, subcomponentes: Gestión Gerencial y Consulta Externa.
Dirección: Av. del Ejército s/n y veinte y ocho de mayo
Teléfonos: 07-2770-145; 2770-672; 2770-138
Tipo de contribuyente: Prestación de servicios de salud, institución pública, personería jurídica- sin fines de lucro.
- Base legal:** El Hospital Civil de Limón Indanza, está ubicado en la cabecera cantonal de General Leónidas Plaza, inició sus operaciones a partir del 16 de junio de 1967 mediante Decreto Legislativo No. 084, publicado en el R.O. No. 149 de esa misma fecha.
Mediante Decreto ejecutivo del 1 de enero de 1974, pasó a depender de la Junta Provincial de Salud de Morona Santiago con sede en la capital de Macas.
A partir del 1 de septiembre de 1981, se descentralizó y viene funcionando con presupuesto propio.
Mediante acuerdo ministerial 3202 del 29 de abril de 1992 y publicado en el Registro oficial No. 932 del 5 de mayo del mismo año, se crearon las áreas de salud y mediante acuerdo ministerial 140 del 9 de junio de 1993 se aprobó el Manual de organización y funcionamiento del sistema regionalizado de servicios de salud y de la capacidad resolutive de las unidades y área de salud.
- Misión.-** Brindar servicios de salud en forma integral, garantizando eficiencia, eficacia y equidad en procura del mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
- Visión.-** Ser un área de salud referente en atención de salud preventiva y curativa, de excelente calidad y calidez, en permanente crecimiento profesional y técnico, en la provincia de Morona Santiago, con la finalidad lograr un alto grado de satisfacción en la comunidad, los individuos que lo componen y especialmente sus usuarios externos.
- Estructura orgánica:** Para el cumplimiento de sus objetivos, el Área 3 Limón Indanza está sujeto al reglamento orgánico funcional general de hospitales y Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud del Ministerio de salud pública que considera la siguiente estructura orgánica:

Nivel directivo.- Ejerce el máximo grado de autoridad, le corresponde normar, dirigir y controlar el cumplimiento de los objetivos, leyes y reglamentos, comprende la unidad de conducción del área y comités.



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011

VISITA PREVIA A LA INSTITUCIÓN

Nivel ejecutivo.- Constituye el primer nivel jerárquico administrativo en la entidad y es el representante legal del área 3 de salud, el jefe del área y director del hospital.

Nivel técnico operativo.- Coordinación, medicina general, odontología, radiología, laboratorio, enfermería, pediatría, ginecología, vacunas, medicina interna y subcentros de salud.

Nivel auxiliar de apoyo.- La administración del hospital con sus departamentos de: talento humano, gestión financiera, servicios institucionales, estadística, farmacia, almacén-bodega, economato y servicios generales.

El nivel operativo y de apoyo, constituye la instancia orgánica que facilita el oportuno y eficiente funcionamiento y operación de los servicios. Es la instancia ejecutora de los planes, programas aprobados por el Ministerio de salud pública.

6. Actividad principal.- La principal actividad que realiza es la prestación de servicios de salud, con las siguientes especialidades: medicina general, odontología, radiología, laboratorio, enfermería, pediatría, ginecología, vacunas, medicina interna, cirugías con un horario de atención en consulta externa de 8 horas y las 24 horas en hospitalización y emergencia.

7. Objetivos generales y específicos:

Objetivo general.-

- ✦ Asegurar la calidad y calidez de los servicios de salud para satisfacer a los usuarios.
- ✦ Aumentar la esperanza de vida.

Objetivo específicos.-

- ✦ Fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades con principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- ✦ Garantizar la atención integral, familiar y comunitaria de la salud a la población más vulnerable y de alto riesgo, mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- ✦ Fomentar el desarrollo de implementar un nuevo modelo de gestión desconcentrado, descentralizado, integral, integrado y participativo de salud pública con eficacia, eficiencia y efectividad.



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011

VISITA PREVIA A LA INSTITUCIÓN

8.- Políticas y metas:

Políticas.-

- ✦ Atención de calidad, eficiencia y calidez a los usuarios las 24 horas del día los 365 días al año.
- ✦ La formulación de la planificación estratégica de ser encaminada por los directivos.
- ✦ Desarrollo del talento humano institucional.
- ✦ Transparencia, ágil y eficiente en la gestión.
- ✦ Todo trámite es responsabilidad de cada departamento, en tal razón cada nivel de mando, asume la responsabilidad legal, administrativa y operacional.
- ✦ Desempeñar las operaciones en base al plan operativo anual, como pilar fundamental para determinar las necesidades y requerimientos, estableciendo para el efecto el grado de prioridad de acuerdo al presupuesto institucional.
- ✦ Se fortalecerá el servicio del área de salud con otras instituciones con el efecto de lograr recursos.

Metas:

- ✦ Cumplir con la planificación y ejecución del presupuesto al 100% de acuerdo al plan operativo anual del periodo 2011.

Objetivos del subcomponente:

- ✦ Determinar la producción y productividad en la prestación de servicios en consulta externa.
- ✦ Evaluar la aplicación de los indicadores de gestión en la provisión de los servicios de consulta externa y en la gestión del nivel gerencial.



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 **Fecha de término:** 15 de septiembre de 2011

Visita de instalaciones



**HOSPITAL BÁSICO
LIMÓN INDANZA**



**PROCESO
GOBERNANTE**



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 **Fecha de término:** 15 de septiembre de 2011

Visita de instalaciones



CONSULTA EXTERNA
JEFE DE SERVICIOS
MÉDICOS



CONSULTA
EXTERNA
PACIENTES



AUDITORIA DE GESTIÓN

INFORME DE VISITA PREVIA

Del 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010

Fecha de inicio: 01 de mayo de 2011 **fecha de término:** 15 de septiembre de 2011

8. Ex_ funcionarios y funcionarios principales:

NOMBRE	CARGO	CÉDULA	PERÍODO DE GESTIÓN	
			DESDE	HASTA
Dr. Carlos Arévalo	Ex director	0100377679	2009-01-05	2010-06-30
Dr. Napoleon Holguín	Ex director	0189333567	2010-07-01	2010-08-31
Dr. Xavier Lopez	Director	0939934578	2010-09-01	Continúa
Dr. Julio Ojeda	Coordinador	0901004510	2009-01-01	Continúa
Dr. Romulo Lima	Jefe de servicios médicos	0103923412	1986-04-05	Continúa
Ing. María Paucar	Director financiero	0103767779	2003-05-09	Continúa
Dra. Celia Estrada	C. Odontología	0945678345	2000-01-01	Continúa
Sra. Lupe Jara	Estadística	1400567890	1999-01-07	Continúa

9. Información financiera:

El Área 3 cuenta con un presupuesto institucional en el período 2010 de \$ 1.481.452,69, el mismo que está distribuido para los siguientes gastos presupuestarios: grupo 51 Gastos en personal 70.99%, grupo 53 Bienes y servicios de consumo corriente el 17.66%, grupo 57 Otros gastos corrientes el 0.13%, grupo 58 Transferencias y donaciones corrientes el 0.18%, grupo 73 Bienes y servicios para inversión el 5.13%, grupo 75 Obras públicas el 4.21% ,grupo 84 Bienes de larga duración el 0.08%, grupo de gasto 99 Pasivo circulante el 1.58%, depende directamente del presupuesto general del Estado para operar en sus labores de prestación de servicios de salud pública, no tiene autogestión.

10. Sistema de control interno:

Normas de control interno para el sector público,
LOSEP y reglamento
Manual de organización y funcionamiento
Ley orgánica del sistema nacional de compras públicas, etc.

11. Recursos y tiempo requeridos:

- ✳ Recursos que se requieren:
 - humanos: a) \$.300.00
 - b) uno
- ✳ Materiales de oficina: lápiz, computadora
 - Tiempo estimado: a) días
 - Calendario b) 4 días laborables



3.1.4 Planificación preliminar de la auditoría de gestión



MEMORANDO DE LA PLANIFICACIÓN PRELIMINAR AUDITORIA DE GESTIÓN

ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN

POR EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010

1. Tipo de examen

El examen que se va realizar es Auditoría de Gestión a la Área 3 Hospital Cantonal Limón, el mismo que se ejecutará en cumplimiento a la orden de trabajo 01300-DR2DPMS, de 16 de junio de 2011, con cargo al plan anual de control del año 2011, de la Dirección Regional 2, de la Contraloría General del Estado.

2. Objetivos de la auditoría:

- Examinar y medir el desempeño de los procesos administrativos y resultados alcanzados.
- Evaluar el sistema de control interno implementado por la institución para la ejecución de los procesos.
- Presentar el informe final de auditoría de gestión con la finalidad de dar a conocer todos los aspectos relevantes del Área 3 de salud.

3. Alcance del examen

La Auditoría de gestión realizada a las áreas de Consulta externa y Gestión gerencial del Área 3 Hospital Cantonal Limón, cubrirá el ejercicio económico comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2010.



4. Equipo de auditoría:

El equipo de auditoría que realizó el desarrollo del examen está conformado por las siguientes personas:

No.	NOMBRES	CARGO	Siglas a utilizar
1	Carmen Córdova	Auditor jefe de equipo	CRC
2	Pedro López	Supervisor	PL
3	Carmen Marín	Auditor operativo	CNMCH

Los días hombre que constan en la presente distribución de actividades y tiempos incluyen el 30% para las actividades del supervisor.

5. Principales actividades, operaciones e instalaciones:

Para la consecución de los objetivos el Área 3 Hospital Cantonal Limón se desarrolla las siguientes actividades:

- Control de la ética profesional y principios del servidor público;
- Identificación y diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia residuos;
- Elaborar normas y protocolos de atención y guías de capacitación para el manejo de pacientes, prevención y vigilancia epidemiológica.
- Entrega de hierro, vitamina A niños <1año, micronutrientes (hierro y ácido fólico) a madres embarazadas.
- Adquirir medicamentos e insumos para acciones de prevención y tratamiento de enfermedades más frecuentes.
- Dar atención a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Organizar eventos y talleres en temas de sensibilización, atención de parto vertical.
- Realizar campaña de vacunación canina y felina.
- Financiamiento de la unidad de sangre y hemocomponentes para mujeres y niños < a cinco años y,
- Las demás contempladas en leyes, manual de funcionamiento y reglamentos.

Para la ejecución de sus actividades el Área 3 Hospital Cantonal Limón cuenta con 103 servidores públicos; de los cuales 23 se sujetan a la Ley orgánica del servicio público, 40



bajo la Contratación Colectiva y 21 contratados por servicios ocasionales sujetos a la Ley orgánica del servicio público, 3 contratados por servicios ocasionales bajo el Código de Trabajo, 13 rurales y 3 devengantes. En esta institución existe una partida de director técnico del área, que es de libre remoción.

El examen se realizará en 360 horas laborables, conforme a la orden de trabajo 0008-DR2-2011 de 18 de febrero de 2011, se inició el 01 de mayo de 2011 y la fecha estimada de conclusión es el 15 de septiembre de 2011.

NOMBRES	HORAS PROGRAMADAS	RESPONSABLES
Planificación	12	CNMCH
Evaluación del control interno	20	CRC
Medición de riesgos	12	CRC
Programación	12	CNMCH
Aplicación de procedimientos y técnicas de auditoría. Papeles de trabajo y hallazgos de auditoría.	280	Equipo de auditoría
Comunicación de resultados	24	CNMCH
Seguimiento y monitoreo
TOTAL	360	

Para realizar este tipo de trabajo se emplearán las siguientes técnicas de auditoría como son: observación, indagación, comparación, comprobación, investigación, inspección y revisión selectiva.

• **Requerimiento de personal técnico**

Para la realización del examen no se requirió personal técnico especializado en determinada rama, dada las características de los subcomponentes gestión gerencial y consulta externa sujeta a estudio.

Para la realización del examen del equipo de auditoría se necesitó los siguientes materiales y suministros:



DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Computadora personal	4
Impresora	1
Suministros y materiales de oficina	lo necesario

• **Documentos necesarios**

Los documentos requeridos para la evaluación de las dos áreas de Gestión gerencial y Consulta externa:

- Plan estratégico.
- Listado de turnos.
- Registro de identificación del paciente.
- Historias clínicas.
- Solicitud de exámenes de laboratorio.
- Datos estadísticos: población, personal médico, producción y otros.

Proyectos importantes

Dentro del período sujeto a examen y según los presupuestos de la entidad se formularon los siguientes proyectos importantes:

AÑO	OBRAS	VALOR USD.
2010	Construcción de vacunatorios: Pupunas, Chiviaza y Pananza y revestimiento (cerámica) de la pared del vacunatorio del hospital	36 000,00

Instalaciones:

Para el desarrollo de las principales actividades administrativas, financieras y operacionales, el Área 3 Hospital Cantonal Limón cuenta con las siguientes instalaciones:



Edificaciones:

DENOMINACIÓN	UBICACIÓN
Hospital nuevo	Av. del ejército y veinte y ocho de mayo.
Hospital viejo	Calle 12 de diciembre y 5 de junio
Casa Plan de Milagro	Plan de Milagro
Subcentro de Yunganza	Calle Julio Wajarai.
Subcentro de Indanza	Calle Pedrería
Subcentro de Santiago de Pananza	Calle el Camal
Subcentro de Chiviaza	Calle Fidel Rojas
Subcentro de San Juan Bosco	Calle San Juan Bosco
Subcentros de Pupunas	Vía al Carmen
Subcentro de San Miguel de Conchay	Calle Mirador
Puesto de Waritza	s/n.
Puesto de Numbatkaime	s/n.

Terrenos:

DESCRIPCIÓN	CLAVE CATASTRAL	DIRECCIÓN
Hospital nuevo	10107001100	Av. del Ejército y 28 de mayo
Hospital viejo	10103005500	12 de diciembre
San Jorge	10110001800	San Jorge
La Victoria	10110002700	La victoria

6. Principales servicios:

Esta casa de salud brinda los principales servicios de: medicina general, medicina interna, odontología, pediatría, ginecología y cirugía y también tiene servicios complementarios de radiología, laboratorio, vacunas y farmacia.

7. Financiamiento:

Para cumplir con la programación de actividades en el período examinado el Área 3 Hospital Cantonal Limón del Cantón Limón-Indanza depende directamente del presupuesto general del Estado por cuanto no recibe transferencias, sino en base de la



Programación indicativa anual y programaciones por cuatrimestres mediante el Sistema integral de gestión financiera (Esigef) del Ministerio de Finanzas.

RECURSOS FINANCIEROS	AÑO 2010	TOTAL	%
INGRESOS CORRIENTES	1 371 680,63	1 371 680,63	93%
INGRESOS DE INVERSIÓN	73 483,10	73 483,10	5%
INGRESOS DE CAPITAL	36 288,50	36 288,50	2%
SUMAN	1 481 452,69	1 481 452,69	100%

Fuente: cédula presupuestaria

* Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2010

8. Principales políticas contables

Para el proceso de la información contable y presupuestaria, el departamento contable del área 3 de salud se basa en el manual general de contabilidad gubernamental acuerdo 447, a partir del año 2008 se utiliza el programa Sistema integral de gestión financiera (Esigef) del Ministerio de finanzas, el mismo que se opera a través de módulos que le permite estar entrelazados a la dirección financiera, con las secciones de presupuesto, contabilidad y administración de caja, generando cada una de ellas su propia información.

Los programas antes indicados permiten el registro de las operaciones, pero la institución no prepara los estados financieros como:

- ✓ Diario general integrado;
- ✓ Estados de situación financiera;
- ✓ Estado de resultados;
- ✓ Estado del flujo del efectivo; y,
- ✓ Estado de ejecución presupuestaria

La institución lo que obtiene información de reportes es: balance de comprobación acumulada, cédulas de ingresos y gastos.



a) Sistema de presupuesto

El control presupuestario se ha venido llevando a través del programa Esigef descrito anteriormente, según las programaciones presupuestarias cuatrimestrales y las necesidades de las partidas, mensualmente debe alcanzar como meta de ejecución del 8.33%, siendo revisado por la directora financiera, la misma que adicionalmente realiza el control de la ejecución del presupuesto por partidas y es monitoreado por el departamento de presupuesto del Ministerio de finanzas.

b) Método contable

El sistema contable adoptado por el ente comprende la aplicación del método devengado, es decir, los ingresos se registran cuando se genera el derecho y los gastos cuando se incurre en la obligación.

En el caso de los derechos, se los reconoce cuando éstos se originan: es decir cuando nace o aparece la facultad de exigir a favor del ente la entrega de determinado rubro de ingreso, el cual lo percibirá de inmediato o a futuro. Se los registra debitando la cuenta por cobrar de acuerdo a la naturaleza del ingreso exigible y acreditando a la cuenta ingreso de gestión, de activo o de pasivo, que corresponda según la asociación constante en el Catálogo de cuentas y con la pertinente afectación presupuestaria.

En el caso de las obligaciones, se las identifica cuando éstas se generan; o sea cuando se reconoce la existencia de deudas que habrá que pagarlas de inmediato o a futuro, hayan sido o no materia de compromisos previos.

Se las registra debitando las cuentas de activo, de pasivo o de gastos de gestión que correspondan, en función de la asociación correspondiente, con la pertinente afectación presupuestaria y acreditando a la cuenta por pagar, de acuerdo a la naturaleza del gasto incurrido.



9. Grado de confiabilidad de la información

La organización estructural y funcional de la entidad está en función de las disposiciones contenidas en el “reglamento orgánico funcional, instrumento legal que rige a partir de 1976-09-14, y norman las responsabilidades de los diferentes servidores que conforman el nivel operativo, como lo son: coordinación del área, medicina general, odontología, radiología, laboratorio, enfermería, pediatría, ginecología, vacunas, subcentros de salud.

En la entidad se ha generado 1550 operaciones lo que significa un promedio mensual de 129 operaciones financieras, están respaldadas con la documentación sustentatoria que es archivada en el departamento de Gestión financiera, Servicios institucionales y Guardalmacén.

9. Sistemas informáticos:

El área 3 de salud dispone de los siguientes programas computarizados:

NOMBRE DEL SOFTWARE	UTILIDADES
Sistema de gestión hospitalaria	Registro de la producción: <u>Departamento de consulta externa, hospitalización y emergencia</u> , registran las partes diarias de los pacientes. <u>Departamento de Imagenología</u> , registran las placas que realizan a los pacientes. <u>Departamento de Laboratorio</u> , registran los exámenes de los usuarios. <u>Departamento de Estadística</u> , recibe la información de las partes diarias de los profesionales médicos, diariamente consolida y pasa el concentrado a la hoja de excel.
Sistema Esigef y Esiprem	<u>Departamento de Gestión Financiera</u> : que comparten las áreas de Gestión de presupuesto y contabilidad y Administración de Caja.



10. Puntos de interés para el examen (áreas críticas):

Los principales puntos de interés que fueron considerados en el transcurso del examen son:

Gestión gerencial

- ✦ Aplicación del plan estratégico
- ✦ Implantación de los indicadores de gestión
- ✦ Aplicación del manual de funciones para designación de responsables en puestos de dirección y departamentos de la institución.
- ✦ Aplicación de procedimiento de control interno.

Consulta externa:

- ✦ Aplicación del manual de procedimientos administrativo para la atención médica en el área de consulta externa.
- ✦ Implantación de los indicadores de gestión.
- ✦ Aplicación de procedimiento de control interno.
- ✦ Falta de efectividad en el software programa de Gestión Hospitalaria en algunos módulos (estadística, farmacia, lavandería y ropería, nutrición y dietética, parte de la producción).

11. Identificación del componente y subcomponentes a examinarse en la planificación específica:

En la evaluación preliminar se ha determinado la necesidad profundizar especialmente los subcomponentes principales: GESTIÓN GERENCIAL y CONSULTA EXTERNA y como complemento para su análisis las áreas de: estomatología y estadística por motivo de tiempo no puede hacer una análisis de estas dos últimas áreas, detallado de los cuales se efectuará el levantamiento de la información, evaluando sus controles y determinado los riesgos combinados inherente y de control:

Subcomponente 1: Gestión gerencial.- El gerente en salud, es la piedra angular en esta entidad, se encarga de la dirección, de las decisiones y esfuerzo que contribuye al logro de los resultados de área de salud, mediante el involucramiento de todos los



funcionarios que conforman el equipo de trabajo para implantar el plan y sistema de gestión y así alcanzar el éxito deseado.

Subcomponente 2: Consulta externa.- Son servicios de salud brindado por el profesional médico a los usuarios, mediante actividades de medicina preventiva, curativa y rehabilitación, con la finalidad de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en la población de derechos ambientes y de la comunidad.

12. Principales disposiciones legales

Las actividades y operaciones del Área 3 Hospital Cantonal Limón están regidas por las siguientes disposiciones legales:

Generales:

- Constitución de la república del Ecuador;
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y su reglamento;
- Ley Orgánica de Administración Financiera y Control;
- Código de Planificación y Finanzas Públicas
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su reglamento;
- Ley Orgánica del Servidor Público y su reglamento;
- Reglamento General de Bienes del Sector Público;
- Ley de Medicamentos Genéricos de uso humano y su reglamento
- Reglamento de Administración de Activos Fijos;
- Código de Trabajo.
- Código Tributario.
- Décimo Contrato Colectivo.

Específicos:

- Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud
- Ley de Registro Sanitario de Medicamentos en general y su reglamentos
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su reglamento.
- Ley de Federación Médica Ecuatoriana y su reglamento
- Reglamentos, acuerdos, resoluciones aprobadas por la Unidad de Conducción del Área
- Y otras disposiciones legales y reglamentarias emitidas por el Ministerio de salud pública, Ministerio de finanzas y de misma entidad.



13. Transacciones importantes identificadas

Los siguientes procesos u operaciones desarrolladas por el área de salud constituyen actividades importantes para la realización del examen especial administrativo estratégico:

- Revisión y análisis de la aplicación del planeación estratégica en el área de salud.
- Resultados de los indicadores de cobertura, eficiencia, eficacia y rendimiento en la atención médica de consulta externa.
- Análisis y evaluación de la aplicación de manuales y guías de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de segundo nivel de atención.

14. Estado actual de los problemas observados en auditorías anteriores

Acciones tomadas:

Luego de solicitada la información para realizar este examen, se hace un seguimiento de recomendaciones constantes en el informe de auditoría DR2UA-062-2007 por el período comprendido entre el 01 de junio del 2000 al 30 de septiembre de 2007, en el cual se determinó que de las 15 recomendaciones sugeridas se cumplieron 11, parcialmente 2 y 1 no fue ejecutada, por lo que persiste poca deficiencia.

15. Evaluación y calificación de los riesgos de auditoría

La determinación y calificación de los factores específicos de riesgo constan como anexo la cuantificación del riesgo de auditoría.

Elaborado por:

Revisado por:

Carmen Marín Ch.
AUDITOR OPERATIVO

Dra. Carmen Córdova
SUPERVISOR DE AUDITORIA

Aprobado por:
N.N.
DIRECTOR DE LA REGIONAL 2



 C.MARIN AUDITORA		CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL			C.C.I. 1/6	
PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO		SI	EP	NO	CAL TOT	%
GENERALES					2	100,0
¿Usted, presenta informes periódicos de su gestión ante la Dirección Provincial de Salud, para la toma de decisiones?		2				
TOTAL PONDERADO		2				
AMBIENTE DE CONTROL					4	66,67
¿Ha establecido en forma clara y por escrito las líneas de conducta y las medidas de control para alcanzar los objetivos de la institución de acuerdo con las disposiciones y los lineamientos del gobierno y demás organismos?		2				
¿Ha emitido formalmente las normas propias del código de ético, para contribuir al buen uso de los recursos públicos y al combate a la corrupción?		2				
¿Existe un Manual funcional actualizado en el cual se asigne responsabilidades, acciones y cargos, a la vez que establezca los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus servidoras y servidores?				0		
TOTAL PONDERADO		6				
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA					8	57,14
¿En el área de salud se ha implementado y se encuentra en aplicación la planificación estratégica?				0		
¿En el área de salud se encuentra definido: metas, misión, visión y objetivos				0		
¿El Área de Salud dispone de indicadores de gestión para medir los resultados y evaluar la gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía?				0		
Para medir la calidad, cantidad, grado y oportunidad de los servicios de salud para satisfacer las necesidades del usuario, se realiza encuestas o cuestionarios.		2				
Para evaluar la gestión institucional se prepara la siguiente documentación:		2				
• El plan operativo		2				
• Informe de actividades en cumplimiento de metas		2				
• Evaluación de planes y presupuesto		2				
TOTAL PONDERADO		14				
EVALUACIÓN DEL RIESGO					0	0,00
Usted como Director Técnico del área de salud lidera el proceso de identificación de los riesgos y en la definición de mecanismos necesarios para analizar y evaluar su administración.				0		
Existe un grupo, comité o equipo de funcionarios de alto nivel de la institución que opera en forma regular y es responsable de la identificación de riesgo del área de salud.				0		
TOTAL PONDERADO		4				
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN					2	100
¿Dispone la entidad de canales abiertos de comunicación que permita a los usuarios aportar información de gran valor sobre el diseño y la calidad de los servicios de salud brindados?		2				
TOTAL PONDERADO		2				



 C. MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL			C.C.I. 2/6			
	PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO			SI	EP	NO	CAL TOT
MONITOREO O SUPERVISIÓN						2	50,00
Se efectúa un seguimiento constante del ambiente interno y externo (F.O.D.A.) que permita conocer y aplicar medidas oportunas sobre condiciones que afecten el desarrollo de las actividades institucionales, la ejecución de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos.			2				
Se han realizado autoevaluaciones periódicas de la gestión y el control interno de la entidad, en base de los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos institucionales.					0		
TOTAL PONDERADO			4				
T O T A L			32			18	56,25
Elaborado por: CNMCH			Revisado por: CRC				
Fecha:			Fecha:				

ALTO	MODERADA	BAJO
RIESGO		
15%-50%	50,1%-75%	75,1%-95%
CONFIANZA		
BAJA	MODERADA	ALTA

COMPONENTES	PONDERACIÓN TOTAL	CALIFICACIÓN TOTAL	% NIVEL DE CONFIANZA
Generales	2	2	100.00%
Ambiente de control	6	4	66.67%
Administración estratégica	14	8	57.14%
Evaluación del riesgo	4	0	0.00%
Información y comunicación	2	2	100.00%
Monitoreo o supervisión	4	2	50.00%
SUMAN	32	18	56.25%



CALIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL				
Componentes	% N.C.	CALIFICACIÓN		
		ALTO	MODERADA	BAJO
Generales	100.00%	X		
Ambiente de control	66.67%		X	
Administración estratégica	57.14%			X
Evaluación del riesgo	0.00%			X
Información y comunicación	100.00%	X		
Monitoreo o supervisión	50.00%			X



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\text{Calificación total}}{\text{Ponderación total}} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{18}{32} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = 56.25\%$$

Comentario:

El Área 3 Hospital Cantonal Limón en la evaluación del sistema de control interno en el área de gestión gerencial, se obtiene un 56.25%, ubicándose en un nivel de riesgo moderado y una confianza moderada, por cuanto se requiere de la aplicación de pruebas sustantivas y de cumplimiento para conocer la gestión institucional.



 C.MARIN AUDITORA		ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: CONSULTA EXTERNA			C.C.I. 3/6	
PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO		SI	EP	NO	CAL TOT	%
GENERALES					2	100,00
¿Usted, presenta informes periódicos de su gestión ante la máxima autoridad, para la toma de decisiones?		2				
TOTAL PONDERADO		2				
AMBIENTE DE CONTROL					0	0
¿Ha establecido en forma clara y por escrito las líneas de conducta y las medidas de control para alcanzar los objetivos de la institución de acuerdo con las disposiciones y los lineamientos del gobierno y demás organismos?				0		
¿Ha emitido formalmente las normas propias del código de ético, para contribuir al buen uso de los recursos públicos y al combate a la corrupción?				0		
TOTAL PONDERADO		4				
ACTIVIDADES DE CONTROL					4	100,00
¿Existe una planificación de la carga horaria para los profesionales médicos?		2				
¿Se han establecido políticas y procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales?		2				
TOTAL PONDERADO		4				
ADMINISTRACIÓN DE CONSULTA EXTERNA					4	100,00
¿Se elaboran reportes de producción de los servicios de consulta externa? ¿Con que periodicidad?		2				
¿Son evaluados las funciones, actividades y o tareas de los profesionales a su cargo?, ¿con qué frecuencia?		2				
TOTAL PONDERADO		4				
EVALUACIÓN DEL RIESGO					0	0,00
¿Se ha identificado los riesgos que puedan afectar al logro de los objetivos institucionales debido a factores internos o externos, y qué mecanismos se han emprendido para analizar y afrontar los riesgos correspondientes?				0		
TOTAL PONDERADO		2				
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN					2	100
¿Dispone la entidad de canales abiertos de comunicación que permita a los usuarios aportar información de gran valor sobre el diseño y la calidad de los servicios de salud brindados?		2				
TOTAL PONDERADO		2				



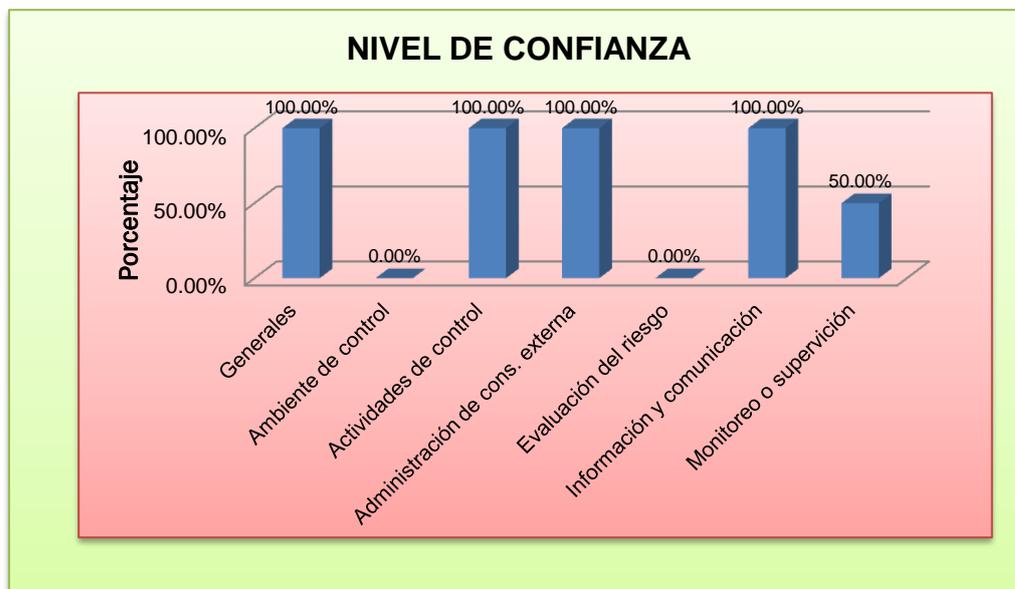
 C. MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMON CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: CONSULTA EXTERNA				C.C.I. 4/6		
	PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO			SI	EP	NO	CAL TOT
MONITOREO O SUPERVISIÓN						2	50,00
Se efectúa un seguimiento constante del ambiente interno y externo (F.O.D.A.) que permita conocer y aplicar medidas oportunas sobre condiciones que afecten el desarrollo de las actividades institucionales, la ejecución de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos.			2				
Se han realizado autoevaluaciones periódicas de la gestión y el control interno de la entidad, en base de los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos institucionales.					0		
TOTAL PONDERADO			4				
T O T A L			22			14	63,64
Elaborado por: CNMCH		Revisado por: CRC					
Fecha:		Fecha:					

ALTO	MODERADA	BAJO
RIESGO		
15%-50%	50,1%-75%	75,1%-95%
CONFIANZA		
BAJA	MODERADA	ALTA

COMPONENTES	PONDERACIÓN TOTAL	CALIFICACIÓN TOTAL	% NIVEL DE CONFIANZA
Generales	2	2	100.00%
Ambiente de control	6	0	0.00%
Actividades de control	4	4	100.00%
Administración consulta externa	4	4	100.00%
Evaluación del riesgo	2	0	0.00%
Información y comunicación	2	2	100.00%
Monitoreo o supervisión	4	2	50.00%
SUMAN	22	14	63.64%



CALIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL				
Componentes	% N.C.	CALIFICACIÓN		
		ALTO	MODERADA	BAJO
Generales	100.00%	X		
Ambiente de control	0.00%			X
Actividades de control	100.00%	X		
Administración consulta externa	100.00%	X		
Evaluación del riesgo	0.00%			X
Información y comunicación	100.00%	X		
Monitoreo o supervisión	50.00%			X



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\text{Calificación total}}{\text{Ponderación total}} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{14}{22} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = 63.64\%$$

Comentario:

El resultado de la evaluación del sistema de control interno en el área de consulta externa, se obtiene un 63.64%, ubicándose en un nivel de riesgo moderado y una confianza moderada, por cuanto se requiere de la aplicación de pruebas sustantivas y de cumplimiento para conocer los procedimientos en los servicios hospitalarios.



 C.MARIN AUDITORA		ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: ESTOMATOLOGÍA				C.C.I. 5/6	
PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO		SI	EP	NO	CAL TOT	%	
GENERALES					2	100,0	
¿Usted, presenta informes periódicos de su gestión ante la máxima autoridad, para la toma de decisiones?		2					
TOTAL PONDERADO		2					
AMBIENTE DE CONTROL					2	50,00	
¿Ha establecido en forma clara y por escrito las líneas de conducta y las medidas de control para alcanzar los objetivos de la institución de acuerdo con las disposiciones y los lineamientos del gobierno y demás organismos?				0			
¿Ha emitido formalmente las normas propias del código de ético, para contribuir al buen uso de los recursos públicos y al combate a la corrupción?		2					
TOTAL PONDERADO		4					
ACTIVIDADES DE CONTROL					2	50,00	
¿Existe una planificación de la carga horaria para los profesionales de odontología?		2					
¿Se han establecido políticas y procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales?				0			
TOTAL PONDERADO		4					
ADMINISTRACIÓN DE ESTOMATOLOGÍA					4	100,0	
¿Se elaboran reportes de producción del servicio de Estomatología? ¿Con que periodicidad?		2					
¿Son evaluados las funciones, actividades y o tareas de los profesionales a su cargo?, ¿con qué frecuencia?		2					
TOTAL PONDERADO		4					
EVALUACIÓN DEL RIESGO					0	0,00	
¿Se ha identificado los riesgos que puedan afectar al logro de los objetivos institucionales debido a factores internos o externos, y qué mecanismos se han emprendido para analizar y afrontar los riesgos correspondientes?				0			
TOTAL PONDERADO		2					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN					2	100,0	
¿Se ha establecido los controles pertinentes para que garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación?		2					
TOTAL PONDERADO		2					



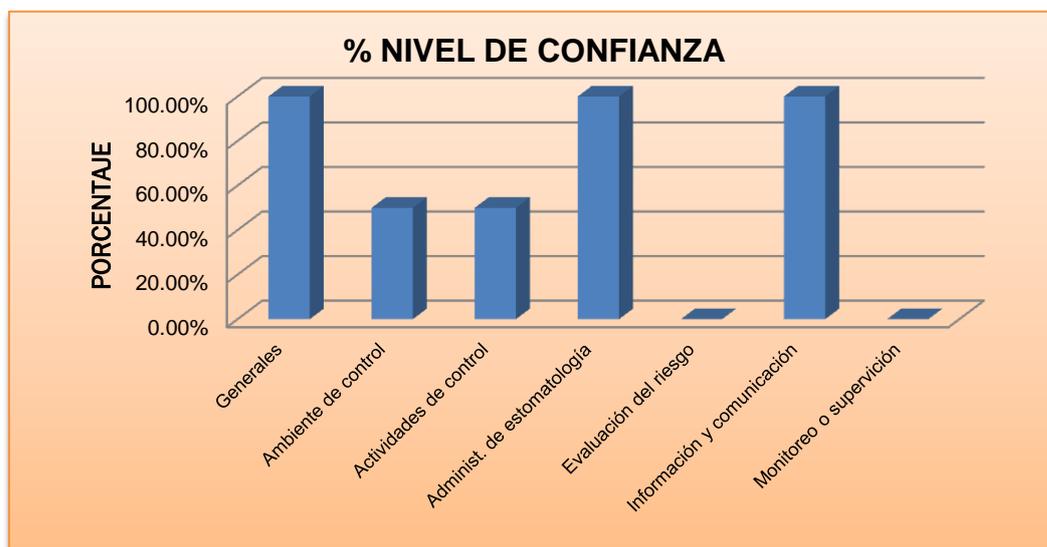
 C. MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011 ÁREA: ESTOMATOLOGÍA				C.C.I. 6/6		
	PREGUNTAS SOBRE FACTORES DEL RIESGO			SI	EP	NO	CAL TOT
MONITOREO O SUPERVISIÓN						0	0
Se efectúa un seguimiento constante del ambiente interno y externo (F.O.D.A.) que permita conocer y aplicar medidas oportunas sobre condiciones que afecten el desarrollo de las actividades institucionales, la ejecución de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos.					0		
TOTAL PONDERADO			2				
T O T A L			20			12	60,00
Elaborado por: CMCH		Revisado por: CRC					
Fecha:		Fecha:					

ALTO	MODERADA	BAJO
RIESGO		
15%-50%	50,1%-75%	75,1%-95%
CONFIANZA		
BAJA	MODERADA	ALTA

COMPONENTES	PONDERACIÓN TOTAL	CALIFICACIÓN TOTAL	% NIVEL DE CONFIANZA
Generales	2	2	100.00%
Ambiente de control	4	2	50.00%
Actividades de control	4	2	50.00%
Administración estomatología	4	4	100.00%
Evaluación del riesgo	2	0	0.00%
Información y comunicación	2	2	100.00%
Monitoreo o supervisión	2	0	0.00%
SUMAN	20	12	60.00%



CALIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL				
Componentes	% N.C.	CALIFICACIÓN		
		ALTO	MODERADA	BAJO
Generales	100.00%	X		
Ambiente de control	50.00%			X
Actividades de control	50.00%			X
Administración estomatología	100.00%	X		
Evaluación del riesgo	0.00%			X
Información y comunicación	100.00%	X		
Monitoreo o supervisión	0.00%			X



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\text{Calificación total}}{\text{Ponderación total}} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{12}{20} \times 100$$

$$\text{Nivel de confianza} = 60.00\%$$

Comentario:

En la evaluación del sistema de control interno en el área de Estomatología, se obtiene un resultado del 60.00%, lo que corresponde a un nivel de riesgo moderado y una confianza moderada, por lo tanto se requiere de la aplicación de pruebas de cumplimiento para conocer los procedimientos en los servicios de odontología.



Análisis del D.O.F.A. del área de salud

FUERZAS INTERNAS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Gratuidad en los servicios de salud y medicinas genéricas e insumos. • Atención oportuna a los pacientes. • Atención las 24 horas del día, 365 días del año. • Se cuenta con médicos especialistas en cirugía general, anestesiología, ginecología y pediatría. • Los profesionales de la salud conoce el área de influencia. • Planta física ubicada en lugar de fácil acceso. • Historia y experiencia en prestación de servicios de hospitalarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desactualización del manual de funciones del personal médico, código de trabajo y administrativo. • Falta de protocolos en las diferentes especialidades. • Déficit de compromiso, responsabilidad y trabajo en equipo de la mayoría del personal que conforman el área de salud. • Insuficiente capacitación del personal administrativo y técnico. • Los equipos de rayo x obsoletos. • Falta de profesionales (enfermería) para la atención en hospitalización e informático para el manejo del programa de Gestión hospitalaria. • Infraestructura limitada del hospital. • Déficit en la planificación y continuidad en la gestión. • Liderazgo institucional no desarrollado.

FUERZAS EXTERNAS	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación interinstitucional para la infraestructura del área de salud. • Exigencia y expectativas de la comunidad (demanda) para el desarrollo institucional o prestación de los servicios con calidad. • Ley de globalización y modernización del Estado y sistema nacional de salud que permiten el desarrollo institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades de salud sin competencias ni conocimiento de la realidad nacional. • Leyes laborales incongruentes. • Designación de cargos politizada. • Una gran amenaza que reina en la gestión pública es la no continuidad administrativa, frente a los cambios de gobierno. Las actividades se interrumpen lo que afecta al final al usuario.

Elaborado por la autora.



Construcción de indicadores de gestión

Indicadores de gestión	Interpretación
$\frac{\text{Total de reuniones que ha realizado la UCA}}{\text{Total de reuniones programadas por la UCA}}$	Índice que permite medir el % de cumplimiento de reuniones programadas.
$\frac{\text{Número de decisiones ejecutadas}}{\text{Número de decisiones programadas}}$	Índice que permite medir el % de eficiencia de las decisiones ejecutadas.
$\frac{\text{Número de superviciones ejecutadas por el UCA}}{\text{Número de superviciones estimadas por el UCA}}$	Índice que permite medir el % de eficiencia en el cumplimiento de superviciones ejecutadas por el UCA.
$\frac{\text{Funcionarios que conocen la visión}}{\text{Total de funcionarios del área de salud}}$	Índice que permite medir el % de conocimiento de la visión institucional.
$\frac{\text{Funcionarios que conocen la misión}}{\text{Total de funcionarios del área de salud}}$	Índice que permite medir el % de conocimiento de la visión institucional.
$\frac{\text{Total días pacientes}}{\text{Días camas disponibles}}$	Índice que permite medir el % de ocupación cama-paciente.
$\frac{\text{Total días paciente}}{\text{Total de egresos del período}}$	Índice que permite medir el promedio día estada.
$\frac{\text{Número total de consultas médicas}}{\text{Total horas médicas trabajadas}}$	Índice que permite medir el promedio diario de consulta médica.
$\frac{\text{Total de consultas realizadas en consultas externas}}{\text{Total de RR. HH. de la salud en el hospital}}$	Índice que permite medir el % de rendimiento del talento humano.
$\frac{\text{Total internaciones por consulta externa}}{\text{Total de consultas atendidas}}$	Índice que permite medir el % de internaciones por consulta externa.
$\frac{\text{Presupuesto ejecutado en medicamentos}}{\text{Presupuesto total asignado}}$	Índice que permite medir el % de presupuesto ejecutado en medicamentos.



FASE II: PLANIFICACIÓN

3.1.6 Programa de auditoría

C.MARIN AUDITORA		<p style="text-align: center;">ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMA DE TRABAJO</p> <p style="text-align: center;">PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p> <p style="text-align: center;">Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011</p> <p style="text-align: center;">AREAS: GESTIÓN GERENCIAL Y CONSULTA EXTERNA</p>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>P.A.</td> </tr> <tr> <td>1/2</td> </tr> </table>		P.A.	1/2
P.A.							
1/2							
No.	ACTIVIDADES	REF. P.T.	Elaborado/responsable	Fecha			
OBJETIVO:							
1.	Medir el control interno específico de los dos subcomponentes objeto de estudio.		C.C				
2.	Establecer el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos de las áreas auditadas.						
3.	Verificar la eficiencia y eficacia de los procesos administrativos y operativos.						
PROCEDIMIENTOS GENERALES							
1.	Elaborar cuestionarios de control interno y flujogramas para los dos subcomponentes.	PT 1					
2.	Elaborar indicadores de gestión por subcomponente.	PT 2					
3.	Verificar el cumplimiento de la planificación estratégica, el plan operativo anual, manual de funciones y manual de procedimientos en atención médica de segundo nivel.	PT 3					
4.	Estructurar y aplicar papeles de trabajo: cédulas narrativas.						
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS							
1.	Aplicar cuestionarios de control interno a las áreas						
COMENTARIO:							
ELABORADO POR: Carmen Marín - CMCH REVISADO POR: Raquel Córdova - CRC APROBADO POR: Pedro López - PL			FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011				



C.MARIN AUDITORA	<p style="text-align: center;">ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMA DE TRABAJO</p> <p style="text-align: center;">PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p> <p style="text-align: center;">Fecha de inicio: 01 de junio de 2011 Fecha de término: 15 de septiembre de 2011</p> <p style="text-align: center;">AREAS: GESTIÓN GERENCIAL Y CONSULTA EXTERNA</p>			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>P.A.</td> </tr> <tr> <td>2/2</td> </tr> </table>	P.A.	2/2
P.A.						
2/2						
No.	ACTIVIDADES	REF. P.T.	Elaborado/ responsable	Fecha		
2.	de gestión gerencial y consulta externa.		C.C			
3.	Aplicar indicadores de gestión para determinar el nivel de eficiencia y eficacia con los que se desarrolla los servicios hospitalarios.					
4.	Verificar si los consultorios reúnen las condiciones técnicas requeridas, tales como espacio físico, instrumental de diagnóstico y curación necesarios, aspectos sanitarios indispensables, según el licenciamiento.	PT 2				
5.	Determinar si existe una programación diaria por parte del jefe de área para la asignación de turnos a los pacientes por hora médica.	PT 1				
6.	Verificar el registro de la historian clínica, almacenamiento, organización, actualización y accesibilidad a la misma.	PT 3				
7.	Solicitar el libro de actas para comprobar si las reuniones realizadas por la unidad de conducción del área cumplen con los objetivos institucionales y dan cumplimiento con las resoluciones tomadas en las diferentes sesiones.					
8.	Evaluar la calidad de los servicios de consulta externa, mediante la aplicación de encuestas de satisfacción a los usuarios internos y externos.					
COMENTARIO:						
ELABORADO POR: Carmen Marín - CMCH REVISADO POR: Raquel Córdova - CRC APROBADO POR: Pedro López - PL		FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011				



3.1.7 Planificación específica

**MEMORANDO PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA
AUDITORIA DE GESTIÓN
ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN
POR EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010**

1. Referencia de la planificación preliminar

El 31 de mayo de 2011 se emitió el memorando de planificación inicial de la auditoría de gestión por el año 2010 del Área 3 de salud, en el cual se determinó un enfoque de auditoría preliminar de pruebas de cumplimiento y sustantivas, al respecto se acogieron las instrucciones detalladas y se evaluaron los controles respecto de los componentes determinados.

2. Objetivos específicos por áreas o componentes

Los componentes analizados corresponden a la gestión hospitalaria: dirección gerencial y área de consulta externa.

- Determinar la producción y productividad en los servicios prestados de salud.
- Evaluar la aplicación de los indicadores de gestión en los servicios hospitalarios.

3. Resultados de la evaluación de control interno

La evaluación de control interno, determinó las siguientes deficiencias que serán puestas en conocimiento a las autoridades del área de salud, cuyo resumen es:

- ✱ No hay una planificación de la atención por servicios.
- ✱ No existe el manual de procedimientos de la gestión de servicios médicos.
- ✱ No se actualizó el reglamento orgánico funcional del área de salud.
- ✱ No dispone de indicadores de gestión para medir los resultados y evaluar la gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía la producción de los servicios hospitalarios.



- ✦ No existe planificación estratégica adecuada en cual contemple la misión, visión, objetivos, plan de acción, F.O.D.A., etc.

4. Plan de muestreo

Con la finalidad de evaluar la eficacia y la calidad del servicio que brinda el Área 3 Hospital Cantonal Limón, se procedió a realizar cuestionarios de control interno, previo un diseño dirigido a los líderes departamentales de gestión gerencial, consulta externa, odontología y estadística que los consideramos el universo de mayor importancia para el estudio de este trabajo. También se realizaron entrevistas a los miembros que conforman el equipo de la Unidad de Conducción del Área (U.C.A.).

Mediante los instrumentos del cuestionario y entrevistas se pudo conocer los principales problemas que tienen el componente examinado y poder sugerir soluciones para el mismo.

Programas específicos de trabajo:

Se presenta en anexos para cada componente, en los que se hace constar los objetivos específicos.

Los procedimientos de auditoría están dados a través de pruebas de cumplimiento y sustantivas detalladas.

Límites de precisión

Los componentes determinados serán sujeto de análisis, considerando la importancia de la operación y lo significativo de la gestión, para lo cual en los programas de auditoría se determinan los objetivos.

5. Programa de auditoría

Se ha elaborado el correspondiente programa de trabajo para los dos componentes, los mismos que serán aplicados en el desarrollo de la auditoría.



PRODUCTOS A OBTENER:

Como resultado del examen especial se emitió el correspondiente informe de la auditoría, el memorando de antecedentes de responsabilidades en caso de ameritar y la síntesis respectiva.

El contenido del informe de examen especial es el siguiente:

- Carta de presentación del informe.
- Capítulo I del informe.- INFORMACIÓN INTRODUCTORIA.
Capítulo II del informe.- resultado del examen

ANEXOS

Detalle de servidores relacionados

Cronograma de cumplimiento de recomendaciones

Limón, 10 de agosto de 2011.

Elaborado por:

Revisado por:

Carmen Marín Ch.
Auditor Operativo

Dra. Carmen Córdova
Supervisora

Aprobado:

Eco. Pedro López
Coordinador de auditoría



FASE III: EJECUCIÓN

3.1.8 Estructura y elaboración de papeles de trabajo: cédulas narrativas.

 <p>C.MARIN AUDITORA</p>	<p>ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p>CÉDULA NARRATIVA</p> <p>VISITA A LAS INSTALACIONES</p> <p>PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p>	<table border="1"> <tr> <td>C.N.</td> </tr> <tr> <td>1/5</td> </tr> </table>	C.N.	1/5
C.N.				
1/5				
<p>El día 15 de mayo el equipo de auditoría realizó la visita a las instalaciones del Área 3 Hospital Cantonal Limón, ubicado en General Plaza, en la vía Av. del Ejército s/n. y 28 de mayo, con la finalidad de observar en cuanto a la infraestructura, su distribución, el desarrollo de las actividades y la comunicación entre funcionarios.</p> <p>La visita fue conducida por el Doctor Xavier López, Director Técnico de la institución, en lo que se visualizó que la entidad cuenta con una infraestructura adecuada, se encuentra distribuidos correctamente los diferentes departamentos, dividido en dos edificios: servicios hospitalarios en una planta de un piso 390 m² de construcción y lo que respecta a la parte administrativa una planta 1000m² de construcción de dos pisos, lo que falta señalización en cuanto al subproceso agregador de valor área de Consulta Externa para que se pueda orientarse el usuario o paciente a la atención del servicio y también en la planta administrativa.</p> <p>También se verificó que no hay control en la puntualidad en asistir a la jornada de trabajo, especialmente en cuanto al personal administrativo llegan atrasados a sus oficinas, lo que perjudica en la ejecución de las actividades diarias la cual se ha podido verificar en el registro de ingreso y salida del tarjetero.</p> <p>Los funcionarios asisten a su trabajo a medias uniformados, para el almuerzo utilizan una hora debido a que laboran en doble jornada y el control de permisos es a través de una hoja prediseñada para el efecto.</p> <p>Por cuanto se observó que no existe un involucramiento de los funcionarios en la realización de sus labores, cada quién realiza su trabajo, no hay un equipo de trabajo, es decir no existe comunicación entre los distintos departamentos.</p>				
<p>COMENTARIO:</p>				
<p>ELABORADO POR: Carmen Marín- CNMCH REVISADO POR: Carmen Córdova- CRC APROBADO POR: Pedro López - PL</p>	<p>FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011</p>			



GRAFICO 3.1: MAPA DE PROCESOS DEL “ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN”



Fuente: Estatuto orgánico de gestión por procesos del Ministerio de Salud Pública.

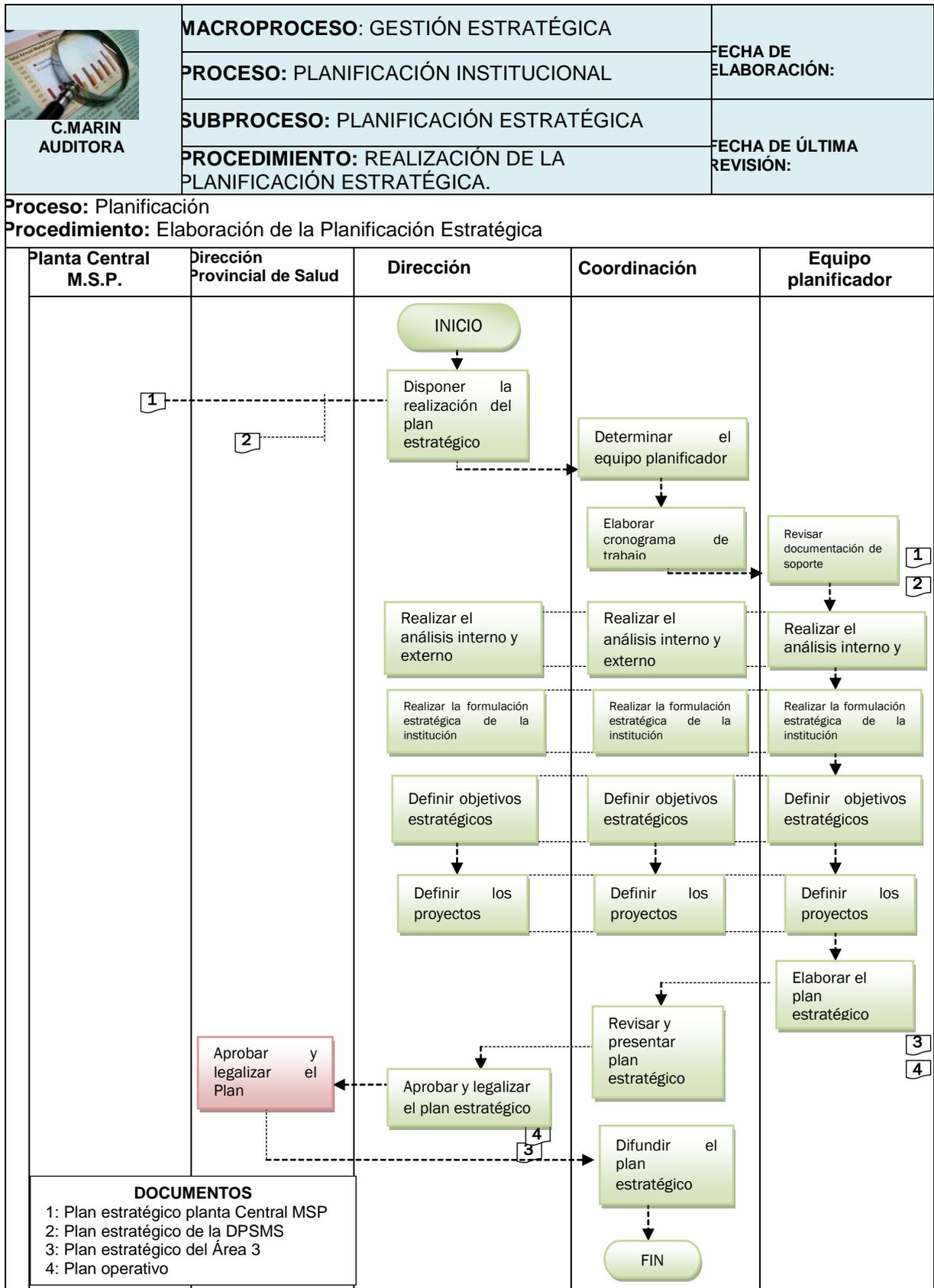
Elaborado por la autora.



 <p>C.MARIN AUDITORA</p>	<p>ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p>CÉDULA NARRATIVA</p> <p>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</p> <p>PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p> <p>ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL</p>	<table border="1"> <tr> <td>C.N.</td> </tr> <tr> <td>2/5</td> </tr> </table>	C.N.	2/5							
C.N.											
2/5											
<p>Responsable: Director técnico del área 3 de salud</p>											
<p>Objetivo: analizar el cumplimiento de la planificación estratégica del área de salud</p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DOCUMENTO</th> <th>RESULTADO DE ANÁLISIS</th> <th>PROPUESTA</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="225 734 427 1563"> <p>No existe una adecuada planificación estratégica</p> </td> <td data-bbox="427 734 769 1563"> <p>No se puede hacer una efectiva revisión, análisis, evaluación y seguimiento del cumplimiento de la planificación estratégica, en razón que no se ha actualizado su estructura e implementado en la Institución para el desarrollo de su gestión hospitalaria. Por lo tanto los funcionarios manifiestan que no hay un direccionamiento estratégico, desconocen cuál es la misión, visión, objetivos, estrategias y los planes de acción.</p> </td> <td data-bbox="769 734 1123 1563"> <p>Al Director de área: formar un equipo de trabajo o una comisión para la formulación e implementación de la planificación estratégica, de esta manera los profesionales médicos y administrativos del área de salud tendrán un referente para llevar a cabo las actividades con eficiencia, eficacia, calidad y economía en la consecución de los objetivos y metas institucionales.</p> </td> <td data-bbox="1123 734 1428 1563"> <p>Realizar inmediatamente la actualización de la planificación estratégica acorde con la modernización de la salud.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	DOCUMENTO	RESULTADO DE ANÁLISIS	PROPUESTA	OBSERVACIONES	<p>No existe una adecuada planificación estratégica</p>	<p>No se puede hacer una efectiva revisión, análisis, evaluación y seguimiento del cumplimiento de la planificación estratégica, en razón que no se ha actualizado su estructura e implementado en la Institución para el desarrollo de su gestión hospitalaria. Por lo tanto los funcionarios manifiestan que no hay un direccionamiento estratégico, desconocen cuál es la misión, visión, objetivos, estrategias y los planes de acción.</p>	<p>Al Director de área: formar un equipo de trabajo o una comisión para la formulación e implementación de la planificación estratégica, de esta manera los profesionales médicos y administrativos del área de salud tendrán un referente para llevar a cabo las actividades con eficiencia, eficacia, calidad y economía en la consecución de los objetivos y metas institucionales.</p>	<p>Realizar inmediatamente la actualización de la planificación estratégica acorde con la modernización de la salud.</p>			
DOCUMENTO	RESULTADO DE ANÁLISIS	PROPUESTA	OBSERVACIONES								
<p>No existe una adecuada planificación estratégica</p>	<p>No se puede hacer una efectiva revisión, análisis, evaluación y seguimiento del cumplimiento de la planificación estratégica, en razón que no se ha actualizado su estructura e implementado en la Institución para el desarrollo de su gestión hospitalaria. Por lo tanto los funcionarios manifiestan que no hay un direccionamiento estratégico, desconocen cuál es la misión, visión, objetivos, estrategias y los planes de acción.</p>	<p>Al Director de área: formar un equipo de trabajo o una comisión para la formulación e implementación de la planificación estratégica, de esta manera los profesionales médicos y administrativos del área de salud tendrán un referente para llevar a cabo las actividades con eficiencia, eficacia, calidad y economía en la consecución de los objetivos y metas institucionales.</p>	<p>Realizar inmediatamente la actualización de la planificación estratégica acorde con la modernización de la salud.</p>								
<p> Verificado según fuente Coordinación y Dirección.</p>											
<p>COMENTARIO:</p>											
<p>ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL</p>	<p>FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011</p>										



GRAFICO 3.2: ELABORACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



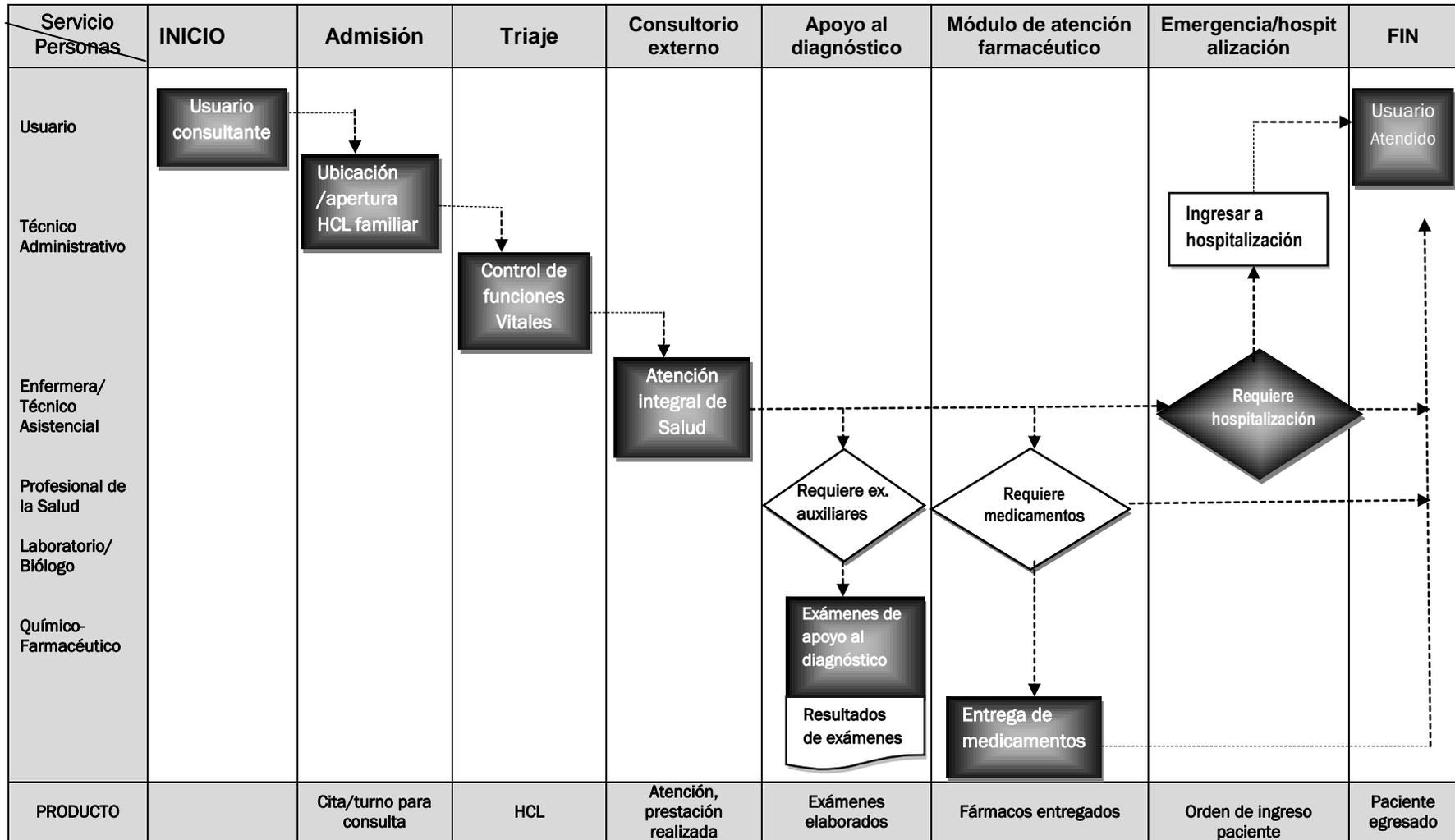
Elaborado por la autora.



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CÉDULA NARRATIVA MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA		C.N 3/5
Responsable: Jefe de servicios médicos			
Objetivo: solicitar el manual de procedimientos administrativo para la atención médica de segundo nivel para conocer el desarrollo del proceso.			
DOCUMENTO No existe Manual de procedimientos administrativo para la atención médica de segundo nivel.	RESULTADO DE ANÁLISIS La no existencia de un manual de procedimientos administrativo de atención médica, dificulta la revisión, análisis, evaluación seguimiento de los procesos administrativos y operativos, en razón que no se ha estructurado e implementado en la Institución para el desarrollo de la gestión hospitalaria. Por lo tanto no permite medir la eficiencia, efectividad y productividad con los estándares básicos. Los médicos tratantes y especialistas manifiestan que desconocen cuáles son las actividades que deben basarse en el área de atención al paciente.	PROPUESTA Al Director de área y Jefe de servicios médicos: formar la comisión de gestión de calidad para la estructuración e implementación del manual de procedimientos administrativo, de esta manera se contaría con una herramienta normativa simplificada que señala las acciones de mejora que deberá realizar los profesionales médicos y administrativos del área de salud.	OBSERVACIONES El plazo para cumplir con la propuesta es de tres meses a partir de la entrega de la información.
 Verificado según fuente jefe de servicios médicos.			
ELABORADO POR: Carmen Marín- CNMCH REVISADO POR: Carmen Córdova- CRC APROBADO POR: Pedro López -PL		FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



GRAFICO 3.3: PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA



Fuente: www.ilustrados.com

Elaborado por la autora.



 C.MARÍN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CÉDULA NARRATIVA PROGRAMACIÓN DIARIA PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA		C.N. 4/5
Responsable: Jefe de servicios médicos			
Objetivo: Determinar si existe una programación diaria por parte del jefe de servicios médicos para la asignación de turnos a los pacientes y por hora médica.			
DOCUMENTO	RESULTADO DE ANÁLISIS	PROPUESTA	OBSERVACIONES
No existe una programación diaria en la asignación de turnos a los pacientes.	La falta de programación diaria no permite revisar, analizar y evaluar con efectividad la asignación de turnos a los pacientes, trabajan según criterio individual de cada médico, algunos toman como tiempo estándar en la atención médica de 15 a 20 minutos y otros de media hora. Así por ejemplo un médico de cuatro horas estima atender un promedio diario de 12 pacientes. Un médico de 8 horas estima atender un promedio diario de 32 pacientes. Existe en algunos casos retraso en la atención a los pacientes por ciertas preferencias.	Al jefe de servicios médicos que elabore la programación diaria de turnos que consiste en un registro a través del cual se definen estructuras para la atención, según las diferentes especialidades médicas, considerando la disponibilidad de talento humano: médicos y administrativos, tiempo, espacio físico, para la atención con calidad y calidez en esta área de servicio de salud.	Aplicación inmediata.
 Verificado según consolidación de las partes diarias fuente Estadística.			
COMENTARIO:			
ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR : Pedro López -PL		FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN CÉDULA NARRATIVA INDICADORES DE GESTIÓN PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA		C.N. 5/5
Responsable: Jefe de servicios médicos			
Objetivo: determinar si aplican los indicadores de gestión por parte del Jefe de servicios médicos para el análisis de la producción de los servicios hospitalarios (cobertura, productividad y rendimiento).			
DOCUMENTO	RESULTADO DE ANÁLISIS	PROPUESTA	OBSERVACIONES
Aplican los indicadores en un 20% para medir la producción, actividad que realiza el personal de Estadística.	De la aplicación de los indicadores gestión no existe una revisión, análisis e interpretación de los resultados que arrojan estos índices, son valores sin una evaluación por lo tanto no demuestran utilidad en la aplicación, en razón que no hay un seguimiento en mejora de los resultados para cumplir con los objetivos y metas del área de consulta externa.	Al Coordinador de área y Jefe de servicios médicos, revisar, analizar e interpretar los resultados que producen los indicadores de gestión de la producción de servicios hospitalarios y también evaluar la productividad y rendimiento del personal médico contratado, con la finalidad de producir una información oportuna y confiable, de esta manera ir mejorando continuamente, lo que reflejará al final en la programación presupuestaria.	Los indicadores de gestión son parte fundamental en el análisis e interpretación de la producción de servicios hospitalarios y aplicación de los gráficos en barras o pastel, porque de estos resultados, depende la razón de seguir siendo un área de salud de segundo nivel.
 Verificado según reporte fuente Estadística.			
COMENTARIO:			
ELABORADO POR: Carmen Marín- CNMCH REVISADO POR: Carmen Córdova-CRC APROBADO POR: Pedro López - PL		FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



3.1.9 Ficha técnica de los indicadores de gestión, basándonos en las cuatro perspectivas que son: financiera, clientes, procesos internos y crecimiento y aprendizaje.

En la **tabla 10** se presenta el cuadro de mando integral con las perspectivas, metas, indicadores de gestión y responsable para la implementación de los planes de acción en el área de Consulta Externa.

En esta área de salud no aplican dichas perspectivas, que se configuran en toda organización que produce bienes o servicios, como son: perspectiva de aprendizaje y desarrollo, vinculada al capital humano; perspectiva de procesos internos, relacionada con la cadena de valor de producción; perspectiva financiera, indexada a los recursos económicos y perspectiva usuarios, que considera a los pacientes que hacen uso de los servicios públicos de salud, lo que permitirá a los directores de hospitales especialmente a los de mayor complejidad controlar la gestión hospitalaria a través de indicadores que medirán las cuatro estrategias de énfasis ministerial: sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, gestión clínica y satisfacción de los usuarios.

Para un funcionamiento óptimo se debe saber transmitir y comunicar a la organización de manera que se genere un enlace entre las metas individuales, la estrategia y el presupuesto y que todos los empleados se comprometan a llevarla a cabo por medio de acciones concretas.



Cuadro 3.1 CUADRO DE MANDO INTEGRAL

PERSPECTIVAS	ESTRATEGIAS	PLANES DE ACCIÓN	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
PERSPECTIVA DEL USUARIO	Realizar jornadas médicas	Establecer el programa de las jornadas médicas en visión	Programa de jornadas médicas elaborado para los pacientes con ceguera	Porcentaje de avance del programa de las jornadas médicas/100%	Líder del proceso de Coordinación del área de salud
		Ejecutar las jornadas médicas a los pacientes con ceguera.	100% de pacientes atendidos con ceguera	Porcentaje de pacientes atendidos con ceguera/ Total de pacientes con ceguera	Líder del proceso de Gestión gerencial.
	Promocionar y publicitar los servicios que ofrece el área de salud.	Promocionar y publicitar los servicios del hospital en la radio Limón	20% de incremento de demanda en la atención médica ambulatoria.	Cantidad pacientes atendidos en consulta externa año 2010/Total de pacientes atendidos Consulta externa año 2009.	Líder del proceso de Servicios médicos
	Seleccionar una muestra de la documentación que sustenta la base de datos de los pacientes atendidos	Tomar la muestra de un día de los pacientes registrados	100% de pacientes registrados	Número de pacientes registrados/Total de pacientes atendidos	Líder del proceso de Servicios médicos
	Determinar la programación diaria para la asignación de turnos.	Realizar la programación diaria para la asignación de turnos.	Programación diaria elaborada para la asignación de turnos.	Porcentaje de avance de la programación diaria para la asignación de turnos.	Líder del proceso de Servicios médicos
		Aplicar la programación diaria para la asignación de turnos.	100% de pacientes atendidos según la programación diaria.	Porcentaje de pacientes atendidos en el día/Total pacientes de la programación diaria. Promedio diario de consulta: Número total de consultas externa/Total hora médico trabajadas	Líder del proceso de Estadística.
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS	Optimizar los procesos	Elaborar el manual de procedimientos administrativos para la atención médica en consulta externa.	100% de los procesos y procedimientos elaborados.	Cantidad de procesos y procedimientos elaborados/Total de procesos y procedimientos del Manual.	Líder del proceso de Servicios médicos
		Elaborar las Guías prácticas de clínica.	20% en la disminución del consumo de las medicinas e insumos	Consumo de medicinas e insumos año 2010/Consumo de medicinas e insumos del año 2009.	Líder del proceso de Servicios médicos



Cuadro 3.2 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (continuación)

PERSPECTIVAS	ESTRATEGIAS	PLANES DE ACCIÓN	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
PERSPECTIVA FINANCIERA	Establecer convenios de los proveedores de productos y medicinas farmacéuticos y materiales de laboratorio y uso médico.	Identificar a los proveedores autorizados por el MSP con mayor volumen de venta e insumos al Área 3 de salud	85% proveedores farmacéuticos autorizados e identificados	Cantidad de proveedores farmacéuticos autorizados e identificados/ Total de proveedores farmacéuticos	Líder del proceso Bioquímica-Farmacéutica
		Solicitar una reunión con el proveedor farmacéutico para la firma del convenio.	15% de descuento en las adquisiciones de productos y medicinas farmacéuticas.	Costo de medicinas adquiridas año 2010/Costo de medicinas adquiridas en el año 2009.	Líder del proceso Bioquímica-Farmacéutica
	Establecer convenios con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	Realizar reuniones de negocios con el IESS para la firma de convenio.	100% de los empleados afiliados al IESS atendidos en el hospital	Cantidad de pacientes del IESS atendidos/Total empleados afiliados al IESS	Líder del proceso de Gestión Gerencial.
		Modernizar la farmacia de consulta de externa	Elaborar las recetas a través del programa de Gestión hospitalaria en los consultorios.	100% de las recetas emitidas a través del programa de Gestión hospitalaria.	Cantidad de recetas emitidas por el programa de Gestión hospitalaria/Total de recetas emitidas.
Despachar las recetas emitidas en el programa de Gestión hospitalaria por los profesionales médicos.	100% de las recetas emitidas por consulta externa despachadas en la farmacia.		Cantidad de recetas despachadas por farmacia/Total de recetas emitidas por el programa de Gestión hospitalaria.	Líder del proceso Bioquímica-Farmacéutica	
PERSPECTIVA DEL USUARIO	Realizar talleres de capacitación a los pacientes y familiares respecto a la prevención de enfermedades.	Determinar los requerimientos de capacitación de los pacientes y familiares.	Cronograma de capacitación elaborado.	Porcentaje de avance del cronograma de capacitación/ cronograma de capacitación total.	Líder del proceso de Coordinación del área de salud
		Capacitar a los pacientes y familiares.	60% de pacientes y familiares capacitados	Cantidad de pacientes y familiares capacitados/Total de pacientes y familiares.	Líder del proceso de Coordinación del área de salud
	Mejorar la atención de los pacientes.	Establecer tiempo estándar de atención de pacientes por especialidad.	100% de los tiempos estándar de atención implementados.	Tiempo estándar implementado por especialidad/Total de especialidades de consulta externa.	Líder del proceso de Servicios médicos
		Adecuación y mejoramiento la infraestructura física de los consultorios.	100% de los consultorios mejorados físicamente.	Cantidad de consultorios adecuados físicamente/Total de consultorios de la consulta externa.	Líder del proceso de Servicios Institucionales
Crear una oficina de admisión para los pacientes	Oficina de admisión implementado	Porcentaje de avance de la construcción.	Líder del proceso de Servicios Institucionales		



Cuadro 3.2 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (continuación)

PERSPECTIVAS	ESTRATEGIAS	PLANES DE ACCIÓN	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS	Realizar convenio de cooperación con el Municipio de San Juan Bosco y Cuerpo de Bomberos para la prestación de Ambulancias	Realizar reuniones de negocios con el Municipio de San Juan Bosco.	100% trasladados los pacientes de San Juan Bosco.	Cantidad de pacientes trasladados en la ambulancia del municipio /Total de pacientes trasladados.	Líder del proceso de Servicios médicos
		Realizar reuniones de negocios con el Cuerpo de Bomberos de Limón.	20% trasladados los pacientes del Cantón Limón Indanza.	Cantidad de pacientes trasladados en la ambulancia del Cuerpo de Bomberos /Total de pacientes trasladados.	Líder del proceso de Servicios médicos
		Elaborar planes de contingencia para atacar las epidemias.	100% de los funcionarios seleccionados capacitados en planes de contingencia.	Cantidad de funcionarios seleccionado capacitados /Total de personal seleccionado para la capacitación.	Líder del proceso de Coordinación del área de salud
	Ampliar horario de atención en Consulta Externa Médicos de 4HD a 8HD.	Establecer los parámetros para la atención en la tarde.	Parámetros identificados para la atención en la tarde en Consulta Externa.	Porcentaje de avance de los parámetros identificados /100%	Líder del proceso de Servicios médicos
		Atender en horas de la tarde en consulta externa de los médicos de 4HD a 8HD	20% de incremento en la atención médica de pacientes en consulta externa.	Cantidad de pacientes atendidos a la fecha /Cantidad de pacientes atendidos en el año anterior	Líder del proceso de Estadística
	Planificar el mantenimiento preventivo del equipo médico total	Implementar un sistema de seguimiento de los equipos médicos.	100% de los equipos médicos con ficha técnica.	Cantidad de equipos médicos con ficha técnica/Total equipos médicos.	Líder del proceso de mantenimiento de maquinaria y equipo
		Implementar la planificación de mantenimiento preventivo	17% de reducción del presupuesto para el mantenimiento de los equipos médicos.	Costo de mantenimiento de los equipos médicos a la fecha/Costo de mantenimiento de equipos médicos en el periodo anterior.	Líder del proceso de mantenimiento de maquinaria y equipo
	PERSPECTIVA CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE	Fortalecer la estructura funcional del área de salud	Actualizar el organigrama estructural, funcional y personal del área de salud	100% de los organigramas funcionales elaborados	Cantidad de organigramas elaborados/Total de servicios de salud del área de salud
Actualizar el manual de funciones			100% de las funciones actualizadas para los funcionarios del área de salud	Cantidad de funciones realizadas/Total de funciones del manual	Líder del proceso de Talento humano



Cuadro 3.4 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (continuación)

PERSPECTIVAS	ESTRATEGIAS	PLANES DE ACCIÓN	METAS	INDICADORES	RESPONSABLES
PERSPECTIVA CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE	Fortalecer la estructura funcional del área de salud	Establecer nuevos horarios de trabajo para los profesionales médicos.	100% de los horarios de los cargos médicos revisados	Cantidad de cargos médicos revisados/Total de cargos médicos	Líder de proceso de Servicios médicos
	Implementar el módulo de inventarios de existencias (saldos) de medicinas en el programa de Gestión hospitalaria	Implementar el módulo de saldos de existencias de medicinas de bodega para consultorios de los profesionales médicos que están en red.	100% de consultorios con este módulo de saldos de existencias de medicinas	Cantidad de consultorios con el modulo/Total consultorios del hospital	Líder del proceso de Sistemas informático
	Implementar un sistema de evaluación de desempeño y un sistema de estímulo en base a resultados de los funcionarios	Comprar software para la evaluación del desempeño	100% del software para la evaluación del desempeño aplicado	Cantidad de computadoras instalados el software/Total de computadores programado para la instalación.	Líder del proceso de Sistemas informático
		Capacitar a los funcionarios para la evaluación de desempeño a través del programa informático.	100% de funcionarios capacitados en el software para la evaluación del desempeño	Cantidad de funcionarios capacitados/Total de funcionarios seleccionados	Líder del proceso de Talento humano
COMENTARIO:					
ELABORADO POR: Carmen Marín-CNMCH REVISADO POR: Carmen Córdova CRC			FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011		



3.1.10 Formulación de las fichas técnicas:

Se realizó el cálculo de los indicadores de gestión de la producción de los servicios de salud, mediante el sistema común de información en salud generada a partir de la consolidación de los registros diarios, los resultados servirán para la toma de decisiones en los diferentes sistemas de salud, considerando que “toda actividad planificada, requiere de la aplicación racional de un conjunto de herramientas conducentes a determinar la relación existente entre lo actuado y lo previsto”¹⁸.

Para su cálculo se requirió de información demográfica y población por grupos de edad:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL AÑO 2010 DEL ÁREA 3 HOSPITAL

Población según grupos etarios:

Menores 1 año	435	Embarazadas	544
1 - 4 años	1560	M.E.F.	3806
5 - 14 años	3842	D.O.C.	1670
15 - 19 años	1459	12 - 23 Meses	397
20 años y mas	7629		

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA.

Se aplicará la población de la afluencia de usuarios diarios en una semana que acuden a la atención medica prestado en el área de consulta externa del hospital que es de 450 por lo tanto obtenemos una muestra de 50 usuarios a ser aplicados las encuestas de satisfacción.

¹⁸ Sistema Común de Información en Salud (junio 2010), Ministerio de Salud Pública.



GRAFICO 3.4: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Comprobar el cumplimiento del cronograma de reuniones de la unidad de conducción del área de gestión gerencial en el año 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						1/11
						FUENTE
Reuniones U.C.A.	Competencia del director del área de salud	$\frac{\text{Total de reuniones que ha realizado la UCA}}{\text{Total de reuniones programadas por la UCA}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{8}{12} \times 100$ <p>INDICE = 66.67%</p>	Grado de cumplimiento de reuniones de U.C.A.	12	Anual	Secretaría

Fuente: archivo Área 3 hospital Cantonal Limón, constatación física en el libro de actas de secretaría de la Dirección



ANÁLISIS:

En el presente gráfico se aprecia que de las 12 reuniones programada para el año, apenas se cumplió 8 que equivale al 66.67% del total, y el otro porcentaje que representa al 33.33% no se ejecutó en el periodo 2010, por parte del Director de área, constituyéndose en una brecha desfavorable.

BRECHA= 33.33% desfavorable



GRAFICO 3.5: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Determinar el cumplimiento de las decisiones programadas en las reuniones de la unidad de conducción del área (U.C.A.) en año 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						2/11
Decisiones ejecutadas	Equipo de trabajo	$\frac{\text{Numero de decisiones ejecutadas}}{\text{Numero de decisiones programadas}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{29}{48} \times 100$ <p>INDICE = 60.42%</p>	Grado de cumplimiento de decisiones ejecutadas	48	Anual	Secretaría

Fuente: archivo Área 3 hospital Cantonal Limón, constatación física en el libro de actas de secretaría de la Dirección



ANÁLISIS:

Del total de 48 decisiones programadas se cumplió 29 que representa el 60.42% en cambio un 39.48% no se realizaron por parte del director del área, constituyéndose en una brecha desfavorable.

BRECHA: 39.48% desfavorable.



GRAFICO 3.6: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de la acción supervisada por parte de los miembros de la unidad de conducción del área en año 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						3/11
						FUENTE
Supervisiones a las Unidades de las Unidades Operativas	Equipo de trabajo	$\frac{\# \text{ supervisiones ejecutadas por la UCA}}{\# \text{ supervisiones estimadas al año por U.O.}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{12}{20} \times 100$ $\text{INDICE} = 60.00\%$	Grado de cumplimiento de las supervisiones a las U.O.	20	Anual	Coordinación del área

Fuente: archivo Área 3 Hospital Cantonal Limón, constatación física de los cronogramas programados y cumplidos en el departamento de Coordinación.



ANÁLISIS:

Del total de 20 supervisiones estimadas al año se cumplió 12 que representa el 60.00% en cambio el 40.00% no se dio cumplimiento por parte del equipo de trabajo encabezado por el Director de área y del Coordinador de Área, constituyéndose en una brecha desfavorable.

BRECHA= 40.00% desfavorable.

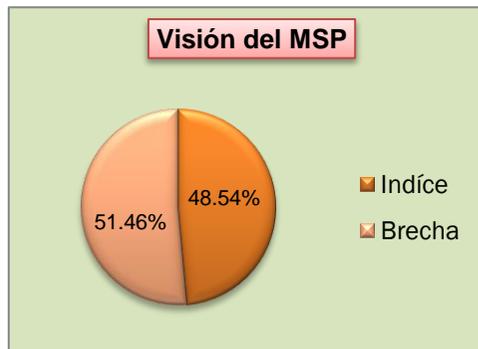


GRAFICO 3.7: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Diagnosticar el conocimiento sobre la visión por parte de los funcionarios de la institución.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						4/11
FUENTE						
Visión del Ministerio de Salud Pública	Funcionarios de la institución	$\frac{\text{Funcionarios que conocen la visión}}{\text{Total funcionarios del área de salud}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{50}{103} \times 100$ $\text{INDICE} = 48.54\%$	Porcentaje de conocimiento de la visión del M.S.P.	103	Anual	Personal del área

Fuente: entrevista a los funcionarios del área de salud.



ANÁLISIS:

Del total de 103 funcionarios del área; el 48.54% conocen la visión del Ministerio de Salud Pública, en cambio el 49.46% de funcionarios desconocen.

BRECHA= 49.46% desfavorable.



GRAFICO 3.8: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Evaluar el conocimiento que los funcionarios poseen sobre la misión de institución.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						5/11
Misión del Ministerio de Salud Pública	Funcionarios de la institución	$\frac{\text{Funcionarios que conocen la misión}}{\text{Total funcionarios del area de salud}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{50}{103} \times 100$ $\text{INDICE} = 48.54\%$	Porcentaje de conocimiento de la misión del M.S.P.	103	Anual	Personal del área

Fuente: entrevista a los funcionarios del área 3 de salud.



ANÁLISIS:

Del total de 103 funcionarios del área que representan el 100%; apenas al 48.54% les asisten conocimiento acerca de la misión institucional, en cambio el 51.46% porcentaje que supera la media desconocen convirtiéndose en una brecha desfavorable.

BRECHA= 51.46% desfavorable.



GRAFICO 3.9: FICHA TÉCNICA ÁREA: SERVICIOS HOSPITALARIOS (PRODUCCIÓN)

OBJETIVO: Conocer el porcentaje de camas ocupadas en el departamento de hospitalización en el año 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						6/11
						FUENTE
Total días paciente	Demanda de pacientes de la población. Profesionales médicos	$\frac{\text{Total días paciente}}{\text{Días camas disponibles}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{3.859,00}{4.777,00} \times 100$ $\text{INDICE} = 80.78\%$	Porcentaje de ocupación en hospitalización	100%	Anual	Estadística

Fuente: Departamento de Estadística del Área 3 Hospital Cantonal Limón, constatación física en el consolidado anual de la producción.



ANÁLISIS:

De la presente tabla que hace relación a los servicios hospitalarios se aprecia que el 80.78% que supera las tres cuartas partes de las camas existentes, se encuentran ocupadas diariamente, existiendo un porcentaje inferior con el 19.22% de camas que se encuentran disponibles del total de las 15 existentes.

BRECHA= 19.22% desfavorable.



GRAFICO 3.10: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL

OBJETIVO: Identificar el promedio diario de días estada en el periodo 2010.

						I.G.
						7/11
NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	FUENTE
Total de egresos del período	Demanda de pacientes de la población Profesionales médicos	$\frac{\text{Total días estada en el período}}{\text{Total egresos del período}}$ $\text{INDICE} = \frac{3.103,00}{1.186,00} \times 100$ $\text{INDICE} = 2.62$	Promedio de días estada.	3	Anual	Estadística

Fuente: Departamento de Estadística del Área 3 Hospital Cantonal Limón, constatación física en el consolidado anual de la producción.



ANÁLISIS:

El promedio de días de estada de un paciente es de 2.62%, con la atención de 10.57 pacientes diarios, con un total de 15 camas disponibles, un giro de cama del 90.53 veces por paciente, y un 0.38% día estada se encuentra desocupada, constituyéndose en una brecha desfavorable.

BRECHA= 0.38% desfavorable.



GRAFICO 3.11: FICHA TÉCNICA ÁREA: CONSULTA EXTERNA

OBJETIVO: Conocer el índice de consultas realizadas por los médicos del departamento de consulta externa en el período 2010.

						I.G.
						8/11
NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	FUENTE
Promedio diario de consultas.	Profesionales médicos Demanda de pacientes.	$\frac{\text{Número total de consultas}}{220 \text{ días laborables}}$ $\text{INDICE} = \frac{16.762,00}{220}$ $\text{INDICE} = 76.19$	Promedio diario de consultas.	90	Anual	Estadística

Fuente: Departamento de Estadística del Área 3 Hospital Cantonal Limón, constatación física en el consolidado anual de la producción.



ANÁLISIS:

Esta tabla hace relación a la atención de pacientes en consulta externa en la cual podemos apreciar que de un estándar de 90 pacientes que representa el 100%; son atendidos el 84.66%, en cambio un porcentaje muy inferior que representa apenas el 23.80 % de la demanda no son atendidos.

BRECHA= 23.80% desfavorable.

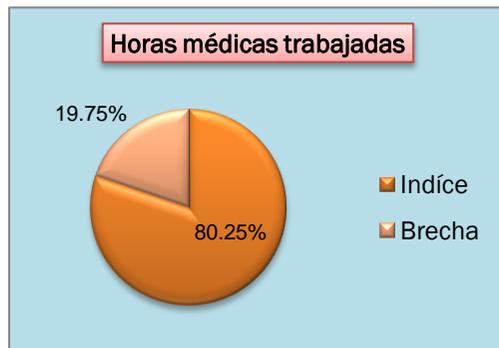


GRAFICO 3.12: FICHA TÉCNICA ÁREA: CONSULTA EXTERNA

OBJETIVO: Determinar el porcentaje de las horas médicas asistenciales trabajadas en consulta externa en el periodo 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						9/11
Porcentaje de horas médicas trabajadas en consulta externa	Profesionales médicos	$\frac{\text{Horas trabajadas en consulta externa}}{\text{Horas asignadas}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{4.119,00}{5.133,00} \times 100$ $\text{INDICE} = 80,00\%$	Porcentaje de horas médicas trabajadas	100%	Anual	Estadística

Fuente: Departamento de Estadística del Área 3 Hospital Cantonal Limón, constatación física en el consolidado anual de la producción



ANÁLISIS:

El grado de utilización del talento humano en consulta externa alcanza el 80%, determinando un rendimiento de 4 consultas por hora trabajada y de 3 consultas de producción por hora contratada, porcentaje que es relativamente casi aceptable y un 20% significa horas médicas no atendidas, por tanto existe demanda insatisfecha sin atención.

BRECHA= 20% desfavorable.

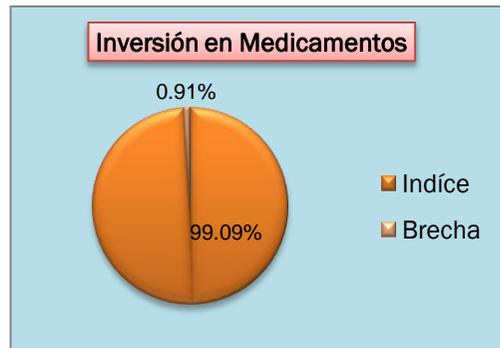


GRAFICO 3.13: FICHA TÉCNICA ÁREA: GESTIÓN FINANCIERA

OBJETIVO: Identificar el porcentaje de ejecución presupuestaria en medicamentos en el período 2010.

NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	CÁLCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	I.G.
						10/11
Ejecución en medicamentos	Presupuesto de medicamentos	$\frac{\text{Presupuesto ejecutado en medicamentos}}{\text{Presupuesto programado en medicamento}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{104.902,53}{105.870,00} \times 100$ $\text{INDICE} = 99,09\%$	Porcentaje de ejecución en medicamentos	100%	Anual	Gestión Financiera

Fuente: Departamento de Gestión financiera del Área 3 Hospital Cantonal Limón.



ANÁLISIS:

El porcentaje ejecutado en medicamentos es del 99.09%, es decir se ha invertido casi el 100% quedando apenas un 0.91% que no se ha ejecutado en la adquisición de Medicinas y Productos farmacéuticos.

BRECHA= 0.91% desfavorable.



GRAFICO 3.13: FICHA TÉCNICA ÁREA: ATENCIÓN MÉDICA

OBJETIVO: Conocer el grado de satisfacción del usuario sobre la calidad del servicio brindado por parte del personal médico en el período 2010.

						I.G.
						11/11
NOMBRE DEL INDICADOR	FACTOR CRITICO DE ÉXITO	CALCULO	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR	FRECUENCIA	FUENTE
Calidad del servicio	Satisfacción del usuario	$\frac{\text{Total usuarios satisfechos en la atención}}{\text{Total usuarios}} \times 100$ $\text{INDICE} = \frac{45}{50} \times 100$ $\text{INDICE} = 90\%$	Porcentaje de satisfacción en la atención médica.	100%	Anual	ENCUESTAS

Fuente: encuestas de medición de satisfacción de la atención médica a los usuarios



ANÁLISIS:

Se aplicó el test a 50 usuarios que fueron atendidos por el personal médico de los cuales los 46 estuvieron satisfactorios en la atención que significa un grado de satisfacción del 90%, por lo tanto hay 4 usuarios insatisfechos en la atención médica que representa el 10%.

BRECHA= 10% desfavorable.



3.1.11 Hoja de Hallazgos

 C.MARIN AUDITORA	<p>ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p>HOJA DE HALLAZGOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</p> <p>PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p> <p>ÁREA: GESTIÓN GERENCIAL</p>	<table border="1"> <tr> <td>H.A.</td> </tr> <tr> <td>1/6</td> </tr> </table>	H.A.	1/6
H.A.				
1/6				
<p>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NO EXISTE EN AL INSTITUCIÓN</p>				
<p>Condición: Carencia de planificación Estratégica por cuanto no hay un direccionamiento de las actividades para orientarse hacia la visión de la institución, en el cumplimiento de objetivos y metas de la Institución, los funcionarios desconocen la misión y objetivos.</p>				
<p>Criterio: Se inobservó la norma de planificación en la gestión hospitalaria para el Ministerio de Salud Pública, la misma que consta en la Ley Orgánica del Sistema de Salud capítulo II artículo 60, en la cual el director del área debe dirigir y participar en la estructuración, análisis e implementación de la planificación estratégica para el período de cinco años y de igual manera, la operativa y presupuestaria que se debe hacer para cada año en acorde con el plan nacional de desarrollo y plurianual, con la finalidad de establecer el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad.</p>				
<p>Causa: El análisis a la planificación estratégica no se realizó, por que la institución no dispone de esta herramienta gerencial para el desarrollo de las actividades encaminadas al cumplimiento de objetivos y metas.</p>				
<p>Efecto: La entidad no puede determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, es decir no puede verificar si las actividades se están realizando con eficiencia, eficacia, calidad y economía, no se alcanzaría resultados deseados.</p>				
<p>Conclusión: No existe la planificación estratégica adecuada en la entidad, a pesar de ser una herramienta primordial, para el cumplimiento de los objetivos y metas, lo que ha ocasionado que los funcionarios no conozcan la visión de la institución, sus objetivos estratégicos, políticas y planes de acción, laboran sin direccionamiento.</p>				
<p>Recomendación:</p> <p>Al Director de esta área de salud.-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e implementar la planificación estratégica lo que permitirá alcanzar la visión declarada, con la finalidad que los directivos de la institución se involucren y ejecuten las operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes de acciones y se alcance las metas propuestas, de esta manera se lograrán resultados exitosos. • Aplicar el cuadro de mando integral como instrumento o metodología de gestión, la que permitirá supervisar y monitorear la ejecución de los planes de acción a través del tiempo en forma global. 				
<p>ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC</p>		<p>FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011</p>		



 C.MARIN AUDITORA	HOJA DE HALLAZGOS PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA	<table border="1"> <tr> <td>H.A.</td> </tr> <tr> <td>2/6</td> </tr> </table>	H.A.	2/6
H.A.				
2/6				
MANUAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA				
<p>Condición: No existe un manual de procedimiento administrativo por cuanto no hay una guía metodológica, es decir una herramienta normativa de control que permita a las distintas áreas departamentales de manera efectiva, práctica y clara operar las diferentes actividades de los servicios de salud.</p>				
<p>Criterio: Se aprecia que existe inobservancia al Reglamento orgánico funcional de la dirección nacional de salud y unidades operativas, la misma que establece en su artículo 56 que cada unidad ejecutora deberá contar con un documento normativo médico-administrativo, que señale las funciones y actividades a desarrollar por cada una de los funcionarios involucrados en el proceso de atención de la consulta externa.</p>				
<p>Causa: La revisión y análisis de los procesos administrativos y operativos no se realizó, por que la Institución no dispone de esta herramienta fundamental de control para el desarrollo de las actividades de los departamentos involucrados.</p>				
<p>Efecto: El área de salud al no contar con el Manual de procedimiento administrativo de atención médica en cual señale las acciones de mejora que debe realizar el personal involucrado no tendrá un direccionamiento en el rol que desempeñan los profesionales médicos y administrativos hacia la orientación del usuario, lo que no coadyuva al logro de la satisfacción del usuario en la prestación del servicio con calidad y calidez.</p>				
<p>Conclusión: No existe manual de procedimiento administrativo para la atención médica en consulta externa de segundo nivel en la entidad, a pesar de ser una herramienta normativa simplificada, para el cumplimiento de los objetivos y metas, por lo que los funcionarios médicos y administrativos no tienen una visión de los procesos y procedimientos de los servicios de salud. Pero el trabajo se realiza por ensayo-error aplicando al buen criterio de los profesionales.</p>				
<p>Recomendación:</p> <p>A la Gerencia de servicios médicos</p> <p>Elaborar e implantar el manual de procedimiento administrativo de atención médica de segundo nivel, con la finalidad de poseer un herramienta normativa simplificada donde se articulan instrucción detalladas, que señalen las funciones y actividades a desarrollar por cada uno de los funcionarios involucrados en el proceso de atención de la consulta externa enfocado hacia la satisfacción del usuario interno y externo lo que facilitará el cumplimiento de los objetivos establecidos en los servicios de salud: atención médica integral, corresponsable, competitiva y preventiva.</p>				
<p>ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López – PL</p>	<p>FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011</p>			



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN PAPEL DE TRABAJO HOJAS DE HALLAZGO PROGRAMACIÓN DIARIA PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA	H.A. 3/6
PROCESO: ATENCIÓN MÉDICA		
PROCEDIMIENTO: Determinar si existe una programación diaria por parte del Jefe de servicios institucionales para la asignación de turnos a los pacientes y por hora médica.		
Condición: Del análisis realizado se determinó que no existe una programación diaria para la asignación de turnos a los pacientes, trabajan a criterio individual, los médicos de 4H.D. un promedio diario de 8 pacientes y los médicos de 8H.D. un promedio diario de 20 pacientes, en esta área laboran dos médicos de 4 horas y 4 de 8 horas, según reporte de estadística es de 77 atenciones diarias, existen algunos casos de retraso para la atención a los pacientes con turno por ciertas preferencias.		
Criterio: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la programación diaria para dar cumplimiento a las actividades del Jefe de servicios médicos según el manual de Organización y Funcionamiento de las áreas de salud. • Se planificará para un máximo de 90 turnos por todas las especialidades, cuya duración promedio corresponde de 15 a 20 minutos por paciente según la norma de Parámetros Internacionales de Atención Médica. 		
Causa: <ul style="list-style-type: none"> • La baja demanda de pacientes para la atención en algunas especialidades • Algunos médicos sustituyen al Director del área, es decir quedan encargados de la Dirección, por lo que no tienen disponibilidad suficiente de tiempo para la atención de los pacientes, porque tienen que realizar ciertas actividades administrativas de la institución, de diferentes departamentos de atención directa y no directa. • Falta de programación para atenciones médicas adicionales como es el caso de pacientes que acuden de sitios geográficamente dispersos de los cantones de Limón Indanza y San Juan Bosco, para su control médico. • Prioridad en algunas ocasiones a pacientes amigos. • Existen dos médicos de 4 horas, lo que quedan pacientes sin ser atendidos. 		
Efecto: <ul style="list-style-type: none"> • Subutilización del área de consulta externa, según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos, lo que ocasione baja productividad y bajo rendimiento del talento humano, generando inadecuada utilización de los recursos disponibles. • Insatisfacción por parte de los usuarios internos y externos en la demora a ser atendido por el personal médico. 		
Conclusión: El área de consulta externa esta subutilizada según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos, por cuanto se debería atender un promedio diario de 94 pacientes atendiendo en la actualidad 77 pacientes con un tiempo estándar de duración de 15 minuto,		
COMENTARIO:		
ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL	FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN PAPEL DE TRABAJO HOJAS DE HALLAZGO PROGRAMACIÓN DIARIA PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA	H.A. 4/6
PROCESO: ATENCIÓN MEDICA		
PROCEDIMIENTO: Determinar si existe una programación diaria por parte del Jefe de servicios médicos para la asignación de turnos a los pacientes y por hora médica.		
<p>Por consulta de acuerdo a la norma de Parámetros Internacionales de Atención Médica, lo que representa que únicamente se atiende al 84% de usuarios del total de atenciones médicas, que la disponibilidad de recursos está en condiciones de generar, por la que representa un porcentaje medio de efectividad, eficiencia y eficacia en el número de prestaciones de servicios médicos.</p>		
Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en la reforma del plan operativo anual (POA) y plan anual de contrataciones del período 2011, la realización de promoción y publicidad de los servicios que oferta el área de salud, mediante campañas publicitarias y una serie de anuncios por distintos medios de comunicación, que deben estar diseñadas en forma estratégica para impactar a los usuarios potenciales y de esta manera se aumentará la demanda. • Realizar una programación diaria de los turnos mediante la elaboración de un registro a través del cual se definan estructuras para la atención según las diferentes especialidades médicas, considerando la disponibilidad de talento humano: médicos y administrativos, tiempo, espacio físico, para la atención con eficacia y calidez en esta área de servicio de salud. • Brindar atención médica según los turnos emitidos al paciente, con la finalidad de garantizar la satisfacción con calidad y buen trato en el servicio médico que presta el área de salud. • Ofrecer y realizar convenios o brigadas institucionales con entidades públicas y privadas de la comunidad, en los cuales se manifieste la voluntad y compromiso de desarrollar una planificación de actividades de interés común para la atención médica a grupo de personas que puede ser: trabajadores, familiares y en general. • Programar atenciones médicas adicionales como es el caso de pacientes que acuden de sitios geográficamente dispersos de los cantones de Limón Indanza y San Juan Bosco, para su control médico. 		
COMENTARIO:		
ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL	FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN PAPEL DE TRABAJO HOJAS DE HALLAZGO INDICADORES DE GESTIÓN PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA	H.A. 5/6
PROCESO: ATENCIÓN MÉDICA		
PROCEDIMIENTO: Determinar si aplican los indicadores de gestión por parte del Jefe de servicios médicos para el análisis de la producción de los servicios hospitalarios (cobertura, productividad y rendimiento).		
Condición: Del análisis realizado se determinó que no existe implementación de los indicadores de gestión en el análisis de la producción de los servicios hospitalarios (cobertura, productividad y rendimiento).		
Criterio: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar los indicadores de gestión, según la Organización de Panamericana de la Salud y el Manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud para medir la producción de los servicios hospitalarios (cobertura, productividad y rendimiento). • Con estos resultados dar a conocer a los funcionarios médicos y por ende al Director y Coordinador de área para las acciones correctivas o mejoras continuas en la prestación de los servicios de salud. 		
Causa: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de resultados o un análisis completo de la información de la producción de los servicios hospitalarios, lo que no se sabrá en que índice de mortalidad o morbilidad se requiere hacer una retroalimentación o mejora continua. • Los funcionarios médicos y administrativos no conocen si está alcanzando un rendimiento óptimo de su desempeño. • No se están aplicando las políticas del gobierno por resultados, lo que ocasionaría que el presupuesto proyectado en la programación operativa anual disminuya. 		
Efecto: <ul style="list-style-type: none"> • Talento humano subutilizado, generando inadecuada utilización de los recursos disponibles materiales y financieros, lo que genera demanda de usuarios insatisfecha. • Se recibirá menos presupuesto por no trabajar con resultados, lo que ocasionaría no poder cubrir los gastos operativos de la institución. • La no difusión de los resultados de la aplicación de los indicadores de gestión al personal involucrado le desmotiva al no haber un análisis de la producción. 		
Conclusión: En el área de consulta externa para medir la producción no aplican el 100% de los indicadores de gestión en el proceso de cobertura, producción y rendimiento, faltando medir el rendimiento y productividad de los profesionales médicos y en parte de la producción de este subcomponente.		
COMENTARIO:		
ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL	FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011	



 C.MARIN AUDITORA	ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN PAPEL DE TRABAJO HOJAS DE HALLAZGO INDICADORES DE GESTIÓN PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010 ÁREA: CONSULTA EXTERNA	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H.A.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6/6</td> </tr> </table>	H.A.	6/6
H.A.				
6/6				
PROCESO: ATENCIÓN MEDICA				
PROCEDIMIENTO: Determinar si aplican los indicadores de gestión por parte del Jefe de servicios médicos para el análisis de la producción de los servicios hospitalarios (cobertura, productividad y rendimiento).				
Recomendación: <p>Disponer y aplicar un conjunto básico de indicadores de gestión que constituyen la materia prima para el análisis en el área de cobertura, producción y rendimiento, lo que permitirá estandarizar la información sobre la operación de los servicios de salud y apoyar con ello la toma de decisiones sobre la calidad, eficiencia y oportunidad con la que se brindan los servicios de salud en la institución.</p> <p>Este instrumento de evaluación facilita el monitoreo de objetivos y metas en este campo de salud y a su vez estimula el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y, sirve de base para promover el desarrollo de sistemas de información en salud.</p>				
COMENTARIO:				
ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL	FECHA: 15 de junio de 2011 FECHA: 16 de junio de 2011 FECHA: 17 de junio de 2011			



FASE IV: INFORME Y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS



**C.MARIN
AUDITORA**

CARTA DE PRESENTACIÓN

Limón, 14 de septiembre de 2011.

Doctor

Xavier López S.

DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA

Limón, Morona Santiago

De mis consideraciones:

He efectuado el examen especial a las áreas de Gestión gerencial y Consulta externa del Área 3 de Salud de Limón Indanza, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010.

El examen se efectuó de acuerdo con las normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado para obtener certeza razonable de que la información y la documentación examinada no contienen exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente que las operaciones o procesos administrativos a las cuales corresponden, se hayan realizado de conformidad con la ley, disposiciones legales y reglamentarias, políticas y demás normas aplicables.

Debido a la naturaleza del examen, los resultados se encuentran expresados en los comentarios, conclusiones y recomendaciones que constan en el presente informe.



De conformidad con lo dispuesto en el artículo 201 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado para el sector público, las recomendaciones deben ser aplicadas de manera inmediata y con el carácter de obligatorio.

Atentamente,

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

DIRECTOR DE LA REGIONAL



**C.MARIN
AUDITORA**

AUDITORIA DE GESTIÓN AL ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMON

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

RESPONSABLE:

CARMEN MARÍN CHACÓN

PERIODO:

Examen especial a las áreas de Gestión Gerencial y Consulta Externa del Área 3 de Salud de Limón Indanza, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010.

FECHA DE INICIO:

01 DE MAYO DE 2011

FECHA DE FINALIZACIÓN:

14 DE SEPTIEMBRE DE 2011



**C.MARIN
AUDITORA**

CAPÍTULO I

1.1. INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

1.1.1. Motivo del examen

El examen especial practicado a la gestión gerencial y consulta externa del Área 3 de Salud de Limón Indanza, se realizó de acuerdo con el plan anual de control del 2011 de la Dirección Regional 2 de la Contraloría General del Estado y de conformidad con la orden de trabajo No. 01300-DR2DPMS.

1.1.2. Objetivo del examen

- Examinar y medir el desempeño de los procesos administrativos y resultados alcanzados.
- Evaluar el sistema de control interno implementado por la institución para la ejecución de los procesos.
- Socializar el informe final de auditoría de gestión hacia la máxima autoridad del área Nro. 3 sobre los resultados obtenidos durante los procesos de investigación.

1.1.3. Alcance del examen

La auditoría de gestión al Área 3 Hospital Cantonal Limón se realizó por el ejercicio económico comprendido entre el 01-01-2010 al 31-12-2010.



1.1.4. Base Legal

El Área 3 Hospital Cantonal Limón, del cantón Limón Indanza de la Provincia de Morona Santiago, mediante acuerdo ministerial 3202 del 29 de abril de 1992 y publicado en el registro oficial No. 932 del 5 de mayo del mismo año, se crearon las áreas de salud y mediante acuerdo ministerial 140 del 9 de julio de 1993 se aprobó el manual de Organización y Funcionamiento del Sistema Regionalizado de Servicios de Salud y de la Capacidad Resolutiva de las Unidades y Área de Salud.

1.1.5. Estructura orgánica

Según el orgánico funcional, el Área 3 Hospital Cantonal Limón está conformada por los siguientes niveles administrativos:

NIVELES	ÁREAS
Nivel directivo	Unidad de conducción del área
Nivel ejecutivo:	Director Técnico del Área
Nivel operativo:	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación del área• Medicina general• Odontología• Radiología• Laboratorio• Enfermería• Pediatría• Ginecología• Vacunas• Subcentros de salud
Nivel de Apoyo:	<ul style="list-style-type: none">• Talento humano• Gestión financiera• Servicios institucionales• Estadística• Farmacia• Bodega• Economato• Servicios generales



Objetivos de la entidad

De conformidad con el artículo 12 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y manual de organización y funcionamiento de las áreas de salud, el principal objetivo general es:

General

Aumentar la esperanza de vida de la población

Específicos

El Área 3 Hospital Cantonal Limón se plantea cumplir con los siguientes objetivos:

- Fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades con principios de equidad, universalidad y solidaridad.
- Garantizar la atención integral, familiar y comunitaria de la salud a la población más vulnerable y de alto riesgo, mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud.
- Fomentar el desarrollo e implementación de un nuevo modelo de gestión desconcentrado, descentralizado, integral, integrado y participativo de salud pública con eficacia, eficiencia y efectividad.
- Asegurar la calidad y calidez de los servicios de salud, incorporando la participación ciudadana en la planificación, provisión, gestión, veeduría y control en todos los niveles y ámbitos de acción del sistema nacional de salud.

1.1.6. Recursos financieros

Para cumplir con la programación de actividades en el período examinado el Área 3 Hospital Cantonal Limón del Cantón Limón-Indanza depende directamente del presupuesto general del estado por cuanto no recibe transferencias, sino en base de la Programación Indicativa Anual y programaciones por cuatrimestres mediante el Sistema Integral de Gestión Financiera (Esigef) del Ministerio de Finanzas.



RECURSOS FINANCIEROS	AÑO 2010	TOTAL	%
INGRESOS CORRIENTES	1 371 680,63	1 371 680,63	93%
INGRESOS DE INVERSIÓN	73 483,10	73 483,10	5%
INGRESOS DE CAPITAL	36 288,50	36 288,50	2%
SUMAN	1 481 452,69	1 481 452,69	100%

1.1.7. Servidores relacionados

NOMBRE	CARGO	CÉDULA	PERÍODO DE GESTIÓN	
			DESDE	HASTA
Dr. Carlos Arévalo	Ex director	0100377679	2009-01-05	2010-06-30
Dr. Napoleón Holguín	Ex director	0189333567	2010-07-01	2010-08-31
Dr. Xavier López	Director	0939934578	2010-09-01	Continúa
Dr. Julio Ojeda	Coordinador	0901004510	2009-01-01	Continúa
Dr. Rómulo Lima	Jefe de Servicios Médicos	0103923412	1986-04-05	Continúa
Ing. María Paucar	Director Financiero	0103767779	2003-05-09	Continúa
Dra. Celia Estrada	C. Odontología	0945678345	2000-01-01	Continúa
Sra. Lupe Jara	Estadística	1400567890	1999-01-07	Continúa



1.1.8. Indicadores utilizados:

Indicadores de gestión	Interpretación
$\frac{\text{Total de reuniones que ha realizado la U. C. A}}{\text{Total de reuniones programadas por la U. C. A}}$	Índice que permite medir el % de cumplimiento de reuniones programadas.
$\frac{\text{Número de decisiones ejecutadas}}{\text{Número de decisiones programadas}}$	Índice que permite medir el % de eficiencia de las decisiones ejecutadas.
$\frac{\text{Número de superviciones ejecutadas por el UCA}}{\text{Número de superviciones estimadas por el UCA}}$	Índice que permite medir el % de eficiencia en el cumplimiento de superviciones ejecutadas por el U.C.A.
$\frac{\text{Funcionarios que conocen la visión}}{\text{Total de funcionarios del Area de Salud}}$	Índice que permite medir el % de conocimiento de la visión institucional.
$\frac{\text{Funcionarios que conocen la misión}}{\text{Total de funcionarios del Area de Salud}}$	Índice que permite medir el % de conocimiento de la visión institucional.
$\frac{\text{Total días pacientes}}{\text{Días camas disponibles}}$	Índice que permite medir el % de ocupación cama-paciente.
$\frac{\text{Total días paciente}}{\text{Total de egresos del período}}$	Índice que permite medir el promedio día estada.
$\frac{\text{Número total de consultas médicas}}{\text{Total horas médicas trabajadas}}$	Índice que permite medir el promedio diario de consulta médica.
$\frac{\text{Total de consultas realizadas en la U. O.}}{\text{Total de RR. HH. de la salud U. O.}}$	Índice que permite medir el % de rendimiento del Talento Humano.
$\frac{\text{Total internaciones por consulta externa}}{\text{Total de consultas atendidas}}$	Índice que permite medir el % de internaciones por consulta externa.
$\frac{\text{Presupuesto ejecutado en medicamentos}}{\text{Presupuesto total asignado}}$	Índice que permite medir el % de presupuesto ejecutado en medicamentos.



CAPITULO II

RESULTADOS GENERALES DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN

- **CARENCIA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA: GESTIÓN GERENCIAL**

COMENTARIO:

Del análisis realizado se determinó que no existe planificación estratégica adecuada por cuanto no hay un direccionamiento de las actividades para orientarse hacia la visión de la institución, en el cumplimiento de objetivos y metas de la institución, los funcionarios desconocen la misión y objetivos.

La entidad no puede determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, es decir no puede verificar si las actividades se están realizando con eficiencia, eficacia, calidad y economía, por lo que no se alcanzaría los resultados deseados.

CONCLUSIÓN:

A pesar que se realizó un trabajo muy honesto y lleno de buena voluntad, no existe una planificación estratégica adecuada en la entidad a sabiendas que es una herramienta primordial para el cumplimiento de los objetivos y metas, lo que ha ocasionado que los funcionarios desconozcan la visión, objetivos estratégicos, políticas y planes de acción de la entidad llevando a los funcionarios a laborar sin direccionamiento.

RECOMENDACIÓN:

Al Director y Coordinador del área de salud:

- Reformar e implementar la Planificación Estratégica que permita alcanzar la visión declarada, con la finalidad de que los directivos de la institución se involucren y ejecuten las operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los



objetivos estratégicos, planes de acciones y se alcance las metas propuestas, de esta manera se lograrán resultados exitosos.

- Aplicar el Cuadro de Mando Integral como instrumento o metodología de gestión que permita la supervisión y monitoreo de la ejecución de los planes de acción a través del tiempo en forma global.
- **EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA NO POSEE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE SEGUNDO NIVEL**

COMENTARIO:

La entidad no tiene un manual de procedimiento administrativo, por cuanto no existe una guía metodológica a pesar que es una herramienta normativa de control que permite a la área departamental de manera efectiva, práctica y clara operar las diferentes actividades de los servicios de salud.

El modelo de atención de salud se basa de acuerdo al marco conceptual, según la Organización mundial de la salud y ley orgánica de salud del Ministerio de Salud Pública, en establecer un orden en la organización de los recursos y vincularlo con un propósito común de promoción y conservación de la salud, atención oportuna y cobertura de los servicios médicos.

El área de salud al no contar con el manual de procedimiento administrativo de atención médica no tendrá un direccionamiento en el rol que desempeñan los profesionales médicos y administrativos por cuanto no hay una orientación de las funciones y procedimientos que desarrollen los funcionarios de esta área.

CONCLUSIÓN:

No existe el Manual de procedimiento administrativo para la atención médica en consulta externa de segundo nivel en la entidad, a pesar de ser una herramienta normativa simplificada para el cumplimiento de los objetivos y metas, por lo que los funcionarios



médicos y administrativos no tienen una visión de los procesos y procedimientos de los servicios de salud.

RECOMENDACIÓN:

Al Director del área y Jefe de servicios médicos:

Elaborar e implantar el manual de procedimiento administrativo de atención médica de segundo nivel, con la finalidad de contar con un documento normativo médico-administrativo, que señale las funciones y actividades a desarrollar por cada uno de los funcionarios involucrados en el proceso de atención de la consulta externa, enfocado hacia la satisfacción del usuario interno y externo, lo que facilitará el cumplimiento de los objetivos establecidos en la misión de los servicios de salud: atención médica integral, corresponsable, competitiva y preventiva y también este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa.

EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA CARECE DE PROGRAMACIÓN DIARIA PARA LA ASIGNACIÓN TURNOS.

COMENTARIO:

Del análisis efectuado se determinó que no existe una programación diaria para la asignación de turnos a los pacientes, trabajan a criterio individual, los médicos de 4 horas atienden un promedio diario de 8 pacientes y los médicos de 8 horas un promedio diario de 20 pacientes, en esta área laboran dos médicos de 4 horas y 4 de 8 horas, según reporte de estadística hay 77 atenciones diarias, existen algunos casos de retraso para la atención a los pacientes con turno por ciertas preferencias.

Se planificará para un máximo de 90 turnos por todas las especialidades, cuya duración promedio corresponde de 15 a 20 minutos por paciente según la Norma de parámetros internacionales de atención médica.

Al dar atención médica a un número reducido de usuarios el área de consulta externa estará subutilizada, según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos, lo que ocasiona baja productividad y bajo rendimiento del talento



humano, generando inadecuada utilización de los recursos disponibles, lo que da como resultado insatisfacción por parte de los usuarios internos y externos de no ser atendido por el profesional médico.

CONCLUSIÓN:

El área de consulta externa esta subutilizada según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos, ya que se debería atender a un máximo de 90 pacientes y no un promedio de 77, con un tiempo estándar de duración de 15 a 20 minutos por consulta de acuerdo a la Norma de parámetros internacionales de atención médica, lo que representa que únicamente se atiende al 84% de usuarios del total de atenciones médicas que la disponibilidad de recursos está en condiciones de generar, representando un porcentaje medio de efectividad, eficiencia y eficacia en el número de prestaciones de servicios médicos.

RECOMENDACIÓN:

Al Jefe de servicios médicos:

- Realizar la programación diaria de los turnos mediante la elaboración de un registro a través del cual se definan estructuras para la atención según las diferentes especialidades médicas, considerando la disponibilidad de talento humano: médicos y administrativos, tiempo, espacio físico para la atención con eficacia y calidez en esta área de servicio de salud.
- Brindar atención médica según los turnos emitidos al paciente, con la finalidad de garantizar la satisfacción con calidad y buen trato en el servicio médico que presta el área de salud.
- Ofrecer y realizar convenios o brigadas institucionales con entidades públicas y privadas de la comunidad, en los cuales se manifieste la voluntad y compromiso de desarrollar una planificación de actividades de interés común para la atención médica a grupo de personas que puede ser: trabajadores, familiares y en general.



- Programar atenciones médicas adicionales como es el caso de pacientes que acuden de sitios geográficamente dispersos de los cantones de Limón Indanza y San Juan Bosco, para su control médico, aprovechando el talento humano de los devengantes de la beca.

IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN EN EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CONSULTA EXTERNA

COMENTARIO:

En el área de consulta externa no posee indicadores de gestión que permitan medir la producción de los servicios hospitalarios en términos de eficiencia, eficacia y calidad esperada. La elaboración y aplicación permite determinar en que grado o porcentaje se cumplieron los objetivos del departamento enfocados en la misión institucional, por lo que hace falta la coordinación y planificación de la gerencia de servicios en salud.

CONCLUSIÓN:

En este subcomponente no han realizado indicadores de gestión para medir y evaluar los servicios de salud en términos de eficiencia, eficacia y economía, lo que impide establecer el grado de alcance de los objetivos y metas de esta área.

RECOMENDACIÓN:

Al Jefe de servicios médicos y Coordinador del área

Disponer y aplicar un conjunto básico de indicadores de gestión que constituyen la materia prima para conocer el diagnóstico de la situación, medir los cambios en el tiempo y desempeño (calidad y eficiencia) en el área de cobertura, producción y rendimiento, lo que permitirá estandarizar la información sobre la operación de los servicios de salud y apoyar con ello a la toma de decisiones sobre la calidad, eficiencia y oportunidad con la que se brindan los servicios de salud en la institución.

Este instrumento de evaluación facilitará el monitoreo de objetivos y metas en este campo de salud y a su vez estimulará el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los



equipos de salud y sirve de base para promover el desarrollo de sistemas de información en salud.

FASE V: SEGUIMIENTO

 C.MARIN AUDITORA	<p>ÁREA 3 HOSPITAL CANTONAL LIMÓN</p> <p>AUDITORIA DE GESTIÓN</p> <p>SEGUIMIENTO</p> <p>PERIODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2010</p>	
<p>Con posteridad y como consecuencia de la auditoría de gestión realizada, los miembros del Área 3 de Salud de Limón Indanza, deberán realizar el seguimiento correspondiente a las conclusiones y recomendaciones expuestas en el Informe de Auditoría de Gestión, con la finalidad de determinar el grado de cumplimiento de las recomendaciones, lo que reflejará en las operaciones ejecutadas con eficiencia, eficacia y calidad en bienestar de la comunidad.</p> <p>En este trabajo de auditoría de gestión se describe el proceso para la elaboración de la planificación estratégica, cuestionarios de control interno, indicadores de gestión basados en las cuatro perspectivas: financiera, usuarios, procesos internos y crecimiento y aprendizaje, lo que facilitará evaluar el cumplimiento de los procedimientos de las operaciones en las áreas de Gestión Gerencial y Consulta externa enfocado al alcance de los objetivos y metas establecidas por la institución.</p>		
<p>ELABORADO POR: CNMCH REVISADO POR: CRC APROBADO POR: Pedro López - PL</p>	<p>FECHA: 10 de septiembre de 2011 FECHA: 11 de septiembre de 2011 FECHA: 11 de septiembre de 2011</p>	



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES:

1. Se han realizado únicamente auditorías financieras y no de gestión en el Área 3 de salud de Limón Indanza.
2. El trabajo se orientó hacia el diagnóstico de la eficiencia, eficacia y calidad de operaciones y actividades, en relación al cumplimiento de objetivos, metas y logros alcanzados.
3. La elaboración de cédulas narrativas, aplicación de cuestionarios de control interno, pruebas, cuadro de mando integral y obtención de evidencias de auditoría de los dos componentes del Área 3 de Salud de Limón Indanza, permitieron determinar los hallazgos (condición, criterio, causa y efecto).
4. En el departamento de gestión gerencial se determinó que no existe una planificación estratégica adecuada de la entidad, a pesar de ser un instrumento primordial, para el cumplimiento de los objetivos y metas, lo que ha ocasionado que los funcionarios no conozcan: la misión, visión, objetivos estratégicos, políticas y planes de acción de la institución al cual prestan sus servicios.
5. No existe el manual de procedimiento administrativo para la atención médica en consulta externa de segundo nivel en la entidad, en razón de ser una herramienta normativa simplificada para el cumplimiento de los objetivos y metas, por lo que los funcionarios médicos y administrativos no tienen una visión de los procedimientos de los servicios de salud.
6. El área de consulta externa está subutilizada según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos, ya que se debería atender a un máximo de 90 pacientes y no un promedio de 77 como se aprecia en la realidad; si consideramos un tiempo estándar de duración de 15 a 20 minutos por consulta de acuerdo a la Norma de parámetros internacionales de atención médica, lo que representa que únicamente se atiende al 84% de usuarios del total de atenciones médicas.



7. En las áreas gestión gerencial y consulta externa no se aplican indicadores de gestión para medir y evaluar la gestión y los servicios hospitalarios en términos eficiencia, eficacia y calidad esperada.
8. El programa de gestión hospitalaria no está funcionando correctamente para registrar en forma sistemática los servicios hospitalarios y por ende no aprovechan los módulos (farmacia, alimentación, lavandería, coordinación, registro de consultas en líneas y talento humano) que dispone este software.
9. No existe el talento humano permanente que se haga responsable del manejo de la herramienta informática para la obtención de la información oportuna y confiable de la producción que facilite la toma de decisiones por la máxima autoridad.



RECOMENDACIONES



Luego de concluido la auditoría de gestión se puede recomendar:

1. El Área 3 de Salud de Limón Indanza debe incluir dentro de las políticas institucionales la realización periódica de una auditoría de gestión a los diferentes departamentos la misma que puede ser ejecutada por una firma privada como también por la Contraloría General del Estado, con la finalidad de conocer si los procesos o actividades se están desarrollando con eficiencia, eficacia y calidad encaminados hacia la visión de la institución.
2. Que exista un compromiso de las autoridades administrativas de la institución para llevar acabo un proceso continuo relacionado al diagnostico de la eficiencia, eficacia y calidad de operaciones y actividades, en relación al cumplimiento de objetivos, metas y logros alcanzados.
3. Implantar las mejoras continuas o acciones correctivas para optimizar la gestión de los servicios hospitalarios desde las cuatro perspectivas: financiera, usuarios, procesos internos y crecimiento y aprendizaje, por lo tanto se necesita de un monitoreo o supervisión continuo y evaluación de los resultados al final, en base al informe de auditoría de gestión, el cual permite a la entidad ejecutar sus actividades correctamente.
4. Actualizar e implementar la planificación estratégica que permita alcanzar la misión y visión declarada, con la finalidad que los directivos de la institución se involucren y ejecuten las operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes de acciones y se alcance las metas propuestas y de esta manera mejorar la ejecución de las actividades.
5. Elaborar y aplicar el manual de procedimiento administrativo de atención médica de segundo nivel, con la finalidad de contar con un instrumento normativo médico-administrativo, que señale las funciones, actividades o procedimientos a desarrollar por cada uno de los funcionarios involucrados en el proceso de atención de consulta externa, enfocado hacia la satisfacción del usuario interno y externo.
6. Realizar la programación diaria de los turnos mediante la elaboración de un registro, a través del cual, se definan procedimientos para la atención de los usuarios, según las



diferentes especialidades médicas; considerando la disponibilidad de médicos y administrativos, tiempo, espacio físico, etc.

7. Aplicar en forma periódica un conjunto básico de indicadores de gestión que constituyen la materia prima para conocer la situación, medir los cambios en el tiempo y desempeño (calidad y eficiencia) en el área de cobertura, producción y rendimiento. La evaluación a los servicios de salud se considera muy importante, por cuanto los resultados permiten a los directivos realizar ajustes periódicos a los programas y tomar acciones correctivas, permitiendo un mejoramiento continuo de la calidad de atención a los usuarios y de la operación general de los servicios hospitalarios.

8. Para el funcionamiento total del programa de gestión hospitalaria se requiere que se contrate un profesional informático mediante el presupuesto de la institución, o a su vez a través de la gestión ante la Dirección Provincial de Salud u otro organismo, con la finalidad que se responsabilice del manejo de este software, ya que esta herramienta permite automatizar la información de producción de los servicios de salud, es decir obtener resultados de manera veraz, relevante, fiable y de calidad, de esta forma se modernizaría y se racionalizaría los recursos, así como las actuaciones de mejora continua en la gestión.



BIBLIOGRAFÍA



- Contraloría General del Estado, (2009) Acuerdo No. 025 CG.
- Contraloría General del Estado, (2002), Manual de Auditoría de Gestión, Quito Ecuador.
- Contraloría General del Estado, (2009) "Taller Metodologías de Evaluación de Control Interno".
- Contraloría General del Estado, (2011) "Taller de Gestión Pública".
- Constitución Política del Ecuador, (2008), R.O. 449 del 20 de octubre.
- Creación y Desarrollo de Empresas, (2003), Guía de Apoyo al Emprendedor, CEEI ciudad Real.
- Hernández Morales Guillermo, (2006), Manual de procedimientos administrativos para la atención médica en consulta externa, México.
- Jaramillo Antillón, (1998), Principios de Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales, 1° Edición, Costa Rica.
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, art. 21, Ley 2004-34, R.O. 337 de 18 de mayo de 2004.
- Maldonado Milton K, (2006), Auditoría de Gestión, (3ra. Edición) Quito-Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, (2000), Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud, Quito-Ecuador.
- Normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, CGE, Acuerdo No. 019 CG, R.O. edición especial No. 6 del 10 de octubre de 2002.
- Reglamento a la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, Decreto 548, R.O. No. 119 del 7 de julio de 2003.
- Reglamento Orgánico Funcional de la Dirección Nacional de Salud y Unidades Operativas, vigente a partir del 8 de mayo de 2006.
- Teodoro Cubero Abril, MBA, (2009), Manual Específico de Auditoría de Gestión, Cuenca-Ecuador.
- Universidad Nacional de Loja, (2010), Auditoría de gestión, módulo 9.
- Universidad de Cuenca, (2008), Materia de Auditoría de gestión, Genero Peña Cordero.
- Whittington Ray, O.& Pany, Kurt, (2005) , Principios de Auditoría, México D.F., Mc Graw Hill.

WEB GRAFÍA

- www.ilustrados.com
- www.olacefs.net



ANEXOS



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA

Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la atención brindado por el personal médico.		
Por favor sírvase marcar con una X en la alternativa de su criterio:		
PREGUNTAS	VALORACIÓN CUALITATIVO	
	Satisfecho	Insatisfecho
¿Cuándo acude a la atención médica, el personal médico le brinda el servicio con cortesía y amabilidad?		
¿Cree usted que tiene preparación y profesionalidad el médico que le atendió?		
¿La atención médica es eficaz y resuelve su problema de salud?		
¿Le inspiró confianza y seguridad el médico que le atendió?		
¿Tiene la capacidad el médico para comprenderle a usted y a sus problemas de salud:		
¿La información proporcionada por el médico es clara sobre su enfermedad?		