

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION**  
**ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA**

**“AUDITORIA DE GESTION APLICADA AL CENTRO DE ATENCION  
AMBULATORIA No. 302 DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD  
SOCIAL”**

**DISEÑO DE TESIS PREVIA A LA  
OBTENCION DEL TITULO DE  
INGENIERIA EN CONTABILIDAD  
Y AUDITORIA**

**AUTORES: Fabián Andrés Izquierdo Toledo.**

**Karol Vannessa Ramón Calle.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2008**

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por permitirme alcanzar una meta más en mi vida profesional.*

*A mis padres, de quienes cuento con su amor eterno, por su incansable sacrificio y por darme el apoyo y fuerza necesaria para la culminación del presente trabajo.*

*Karol Vannessa Ramón Calle*

## **DEDICATORIA**

*El presente trabajo va dirigido hacia Dios, que guía mi camino y me muestra el sendero, iluminando cada paso en mi vida.*

*A mis padres, porque son mi pilar fundamental, concejeros y amigos, ejemplo de abnegación, paciencia y de cuidado hacia los suyos; a mis hermanos, que son el motor de mi corazón.*

*Y a mis amigos cotidianos, que me llenaron de fuerza, sueños y regocijos.*

*Fabián Andrés Izquierdo Toledo*

*Hoy es siempre todavía...*

## **AGRADECIMIENTO**

*A la Universidad del Azuay por la favorable acogida que nos brindaron durante todos estos años de estudio y a sus docentes por habernos dado las pautas para la elaboración del presente trabajo investigativo.*

*Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Centro de Atención Ambulatoria N° 302, y a su honorable Director Doctor José Luis Pazmiño, por habernos permitido desarrollar la etapa práctica de nuestra tesis dentro de la institución.*

*Al Señor Economista Teodoro Cubero Abril, nuestra gratitud especial por dirigirnos acertadamente en la elaboración del presente trabajo.*

## **Responsabilidad**

Las ideas y conceptos emitidos en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores

Karol Vannessa Ramón Calle

Fabián Andrés Izquierdo Toledo

## RESUMEN

La Auditoría de Gestión es una nueva forma de Control que propone la Contraloría General del Estado, resaltando su atención en las diversas actividades que se llevan a cabo dentro de las Instituciones Públicas y, a su vez, su acción se desarrolla hasta en las entidades privadas. En este contexto, además de realizar evaluaciones económicas de una entidad, también se debe examinar los objetivos y propuestas existentes en los planes tanto en el Plan Operativo como en el Estratégico, así también el auditor deberá evaluar la legalidad y transparencia de los resultados institucionales.

Para que exista un eficiente Control Interno, es necesario, examinar, verificar y evaluar algunas de las gestiones de la entidad, en donde se aplicaran indicadores y demás herramientas de gestión institucional, teniendo la posibilidad de que cada entidad prepare las mismas según sus misión, visión, objetivos y estrategias institucionales, con la finalidad de tomar acertadas decisiones.

## ABSTRACT

### ABSTRACT

Management Auditing is a new form of control proposed by the State Controller General, highlighting its attention on the diverse activities carried out within Public Institutions and, in its turn, Management Auditing is even being developed in private organizations. In this context, as well as making economic evaluations of an organization, it must also examine the existing planned objectives and proposals, as much in the Operative Plan as in the Strategic one; at the same time, the auditor will also have to evaluate the legality and transparency of the institutional findings.

For there to be an efficient Internal Control, it is necessary to examine, verify and evaluate some of the institution's management activities applying indicators and other institutional management tools; keeping in mind the possibility that each institution prepare its own Controls according to its particular institutional mission, vision, objectives and strategies, with the purpose of making correct decisions.



**INDICE DE CONTENIDO**

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	IV
Responsabilidad.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VI
Índice de Contenidos .....	VII
Índice de Gráficas.....	XIII
Índice de Cuadros.....	XV

Introducción.....	1
-------------------	---

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>3</b>
------------------------	----------

**ASPECTOS GENERALES DEL C. A. A. N° 302**

1.1	Introducción.....	4
1.2	Objetivos de la Entidad.....	4
1.3	Actividad principal del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	4
1.4	Misión Institucional.....	5
1.5	Visión Institucional.....	5
1.6	Orgánico Funcional y Organigrama.....	5
	1.6.1. Orgánico Funcional.....	5
	1.6.2 El Organigrama.....	7
	1.6.3 Órgano de Gobierno.....	8
1.7	La Dirección General.....	8
1.8	Descripción del Centro de Atención Ambulatoria No 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	9

1.9	Historia del Centro de Atención Ambulatoria 302 del I. E. S. S. Cuenca.....	10
1.10	Situación Actual del CAA- 302 del IESS Cuenca 2007.....	12
1.11	Recursos.....	12
1.11.1	Humanos.....	12
1.11.2	Recursos Materiales.....	13
1.11.3	Recursos Físicos del CAA- N° 302 Del I. E. S. S.....	15
1.11.4	Recursos Médicos y Servicios Complementarios del C. A. A. N° 302, año 2006.....	15
1.12	Servicios básicos del C. A. A. N° 302, Año 2006.....	15
1.13	Estructura financiera y económica.....	16
1.13.1	Balance General.....	16
1.13.2	Estado de Resultados.....	16
1.13.3	Estado de Ejecución Presupuestaria.....	18

## **CAPÍTULO II..... 19**

### **FUNDAMENTOS DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO ECUATORIANO**

2.1	Introducción.....	20
2.2	Definición de la Auditoría de Gestión.....	21
2.3	Propósitos y objetivos de la Auditoría de Gestión.....	21
2.4	Alcance de la Auditoría de Gestión.....	23
2.5	Enfoque de la Auditoria de Gestión.....	24
2.6	Equipo multidisciplinario.....	27
2.7	Control Interno.....	28
2.7.1	Componentes del Control Interno.....	29 <i>VIII</i>

2.7.2	Riesgo de la Auditoría de Gestión.....	32
2.7.3	Muestreo en la Auditoría de Gestión.....	35
2.8	Evidencias suficientes y competentes.....	36
2.9	Técnicas más utilizadas.....	36
2.10	Papeles de Trabajo.....	38
2.11	Parámetros e Indicadores de Gestión.....	40
2.12	Fases de la Auditoría de Gestión.....	47
2.12.1	FASE 1: Conocimiento Preliminar.....	48
2.12.2	FASE 2: Planificación.....	50
2.12.3	FASE 3: Ejecución.....	52
2.12.4	FASE 4: Comunicación de los Resultados.....	53
2.12.5	FASE 5: Seguimiento.....	55

**CAPÍTULO III..... 57**

**APLICACIÓN DE LA AUDITORIA DE GESTION AL  
CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA N° 302 DEL I.E.E.S.**

3.1	Fase I: Conocimiento Preliminar.....	58
3.1.1	Orden de Trabajo preliminar de la Auditoría.....	58
3.1.2	Visita Previa.....	60
3.1.3	Evaluación Preliminar del Control Interno.....	62
3.1.4	Cédula Narrativa.....	64
3.1.5	La auditoría de procedimientos y atención médica	

Ambulatoria.....	65	
3.1.6. Diagnóstico F. O. D. A. Cruzado.....	68	
3.1.7. Experiencias de las Auditorías Piloto.....	71	
3.1.8. Indicadores de Gestión utilizados.....	73	
3.1.9 Evaluación del Control Interno.....	77	
3.1.10. Objetivos, Alcance y Enfoque de la Auditoria.....	106	
3.1.10.01 Objetivo General de la Auditoria.....	106	
3.1.10.02 Objetivos Específicos de la Auditoria.....	106	
3.1.10.03 Alcance de la Auditoria.....	107	
3.1.11. Carta Resumen de los Resultados de la Evaluación del		
Control Interno.....	107	
3.1.12 Gestión Actual.....	110	
3.2. Fase II: Planificación.....	112	
3.2.1 Orden de Trabajo.....	112	
3.2.2 Evaluación específica del C. I. por Sub Componentes.....	114	
3.2.2. 01 Evaluación Específica del C. I. Consulta Externa.	114	
3.2.2. 02 Evaluación Específica del C. I. Farmacia.....	118	
3.2.2. 03 Evaluación Específica del C. I. Laboratorio.....	122	
3.2.3 Evaluación del Riesgo y Confianza.....	124	
3.2.4 Matriz de planificación y evaluación del Sistema de		
Control interno por Subcomponente.....	169	
3.2.5 Memorando de planificación.....	176	<i>IX</i>

3.2.6	Programas de Trabajo.....	186
3.2.6.01	Programas de Trabajo de Laboratorio.....	186
3.2.6.02.	Programas de Trabajo de Farmacia.....	190
3.2.6.03	Programas de Trabajo de Consulta Externa.....	195
3.3.	Fase III: Ejecución.....	199
3.3.1	Programas de Trabajo Ejecutados por Componente.....	199
3.3.1.01	Programas de Trabajo Ejecutados.- Laboratorio.....	199
3.3.1.02	Programas de Trabajo Ejecutados.- Farmacia.....	203
3.3.1.03	Programas de Trabajo Ejecutados.- Consulta Externa.	208
3.3.2.	Aplicación de Indicadores.....	213
3.3.3.	Encuestas.....	218
3.3.4.	Hojas de Hallazgos.....	240
3.3.5	Definición de la Estructura del Informe.....	261
3.3.6.	Modelo Carta de presentación del Informe.....	261
3.3.7.	Estructura del Informe por Capítulos.....	264
3.4.	Fase IV: Comunicación de Resultados.....	266
3.4.1.	Carátula.....	266
3.4.2.	Abreviaturas Utilizadas.....	268
3.4.3.	Carta de Presentación del informe.....	269
3.4.2	Informe.....	272
3.4.2.01.	Capítulo I.- Enfoque de la Auditoria.....	272
3.4.2.02.	Capítulo II.- Información de la Entidad.....	275

3.4.2.03. Capítulo III.- Resultados Generales.....	280
3.4.2.04. Capítulo IV.- Resultados Específicos por Componentes.....	293
2.5. Fase V: Seguimiento: .....	312
3.5.1 Matriz de Cronograma de Cumplimiento de Recomendaciones: .....	312
3.5.2 Encuesta Post auditoria.....	317
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>321</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
4.1. Conclusiones.....	322
4.1.1 Conclusión Final.....	322
4.1.2. Conclusiones Parciales.....	322
4.2. Recomendaciones.....	323
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>325</b>
<b>ANEXOS</b>	
Listado de Anexos de Auditoría, Detalle y Ubicación.....	328
Anexo.- Oficios de Aprobación.....	332
Anexo.- Diseño de Tesis.....	335

**INDICE DE GRÁFICAS**

Gráfica N° 01.- “El Organigrama”.....	7
Gráfico N° 02.- “C. A. A. No 302 del I. E. S. S.”.....	9
Gráfica N° 03.- “Evolución del C. A. A. N° 302”.....	11
Gráfica N° 04.- “Enfoque Integral de la Auditoría de Gestión”.....	26
Gráfica N° 05.- “Definición de los Riesgos”.....	33
Gráfica N° 06.- “Indicadores de Gestión”.....	40
Gráfica N° 07.- “Flujo del Proceso de la Auditoría de Gestión”.....	48
Gráfica N° 08.- “Tuberías Año 2005 del CAA N° 302”.....	110
Gráfica N° 09.- “Puerta Principal, Año 2005 del CAA N° 302”.....	111
Gráfica N° 10.- “Señalización y paredes, año 2005 del CAA N° 302”.....	111
Gráfica N° 11.- “Infraestructura, Año 2007 del CAA N° 302”.....	112
Gráfica N° 12.- “La señalización existente, ayuda”.....	221
Gráfica N° 13.- “Atención de los Médicos”.....	222
Gráfica N° 14.- “El respeto y la confianza en el CCA N° 302”.....	223
Gráfica N° 15.- “El espacio existente en el CCA N° 302”.....	224
Gráfica N° 16.- “Disponibilidad de fármacos en farmacia”.....	225
Gráfica N° 17.- “Seguimiento hacia los pacientes”.....	225
Gráfica N° 18.- “Instrucción para los trabajadores”.....	231
Gráfica N° 19.- “Capacitación para los empleados”.....	232
Gráfica N° 20.- “Capacitación efectiva hacia los Trabajadores del CCA N° 302”.....	233
Gráfica N° 21.- “Consolidación del personal a un modelo Eficiente de gestión”.....	233
Gráfica N° 22.- “Limitación por la falta de personal”.....	234

Gráfica N° 23.- “Relación Interpersonal de los empleados del CCA N° 302” .....	235
Gráfica N° 24.- “Existencia de comunicación inter departamental del CCA N° 302” .....	235
Gráfica N° 25.- “Gestión del Director Actual” .....	236
Gráfico N° 26.- “Evaluación del desempeño” .....	236
Gráfica N° 27.- “Conocimiento del Código de ética en la Institución” .....	237

**INDICE DE TABLAS**

Tabla N° 01.- “Situación Actual del C. A. A. N° 302” .....	12
Tabla N° 02.- “Cuadro de Distribución del Personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302” .....	13
Tabla N° 03.- “Partida Presupuestaria del C. A. A. 302” .....	14
Tabla N° 04.- “Incrementos de las Partidas Presupuestarias” .....	16
Tabla N° 05.- “Técnicas de Auditoria” .....	37
Tabla N° 06.- “Indicadores más utilizados” .....	43
Tabla N° 07.- “Total de Atenciones Prestadas en el C. A. A. 302 en el Año 2006” .....	66
Tabla N° 08.- “Datos sobre Costos Promedios por Consulta” .....	67

## INTRODUCCIÓN

En la actividad de control, la Auditoría de Gestión constituye una etapa superior, que tiene cabal aplicabilidad tanto en las entidades públicas como privadas, la misma que percibe el objetivo de evaluar la eficacia de los procesos seguidos en las entidades en relación con sus objetivos y metas, así como determinar el grado de economía y eficiencia en el uso de los recursos disponibles y medir la calidad de los servicios prestados.

El presente trabajo investigativo lo hemos realizado en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, cabe recalcar que ésta es una empresa pública, ya que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por lo tanto, la auditoría de gestión realizada en dicha entidad es de vital importancia, ya que se han emitido recomendaciones las mismas que al aplicarlas traerán sin duda, un cambio a la institución.

El objetivo sólido al cual pretendemos llevar es la experiencia que vamos a adquirir a lo largo del proceso de la auditoría; al igual que con la ejecución de la misma conoceremos las idoneidades y pericias que poseemos cada uno de nosotros. Con la relación con el objetivo propuesto, la conjetura de este, nos brindará conocimientos y desenvolvimientos más amplios en dicha especialidad.

En el primer Capítulo, se resaltan los aspectos históricos y generales de la entidad, con la finalidad de conocer más a fondo cuáles son sus objetivos, metas, actividades, funciones y los recursos con los que cuenta para cumplir los propósitos para los que fue creado.

En el segundo Capítulo, se considera los aspectos teóricos de la Auditoría de Gestión y sus respectivos fundamentos, dentro de los cuales se encuentran las Herramientas

de Gestión, con la finalidad de permitir al auditor visualizar las diversas técnicas en el proceso de la auditoría.

El tercer capítulo se enfoca a la auditoría misma del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tomando en consideración las cinco fases aplicables al modelo de gestión impartido dentro de la entidad; primero se conocerá de una manera detallada el funcionamiento del CAA N° 302, llegando finalmente a la última fase, en la que se realizará un seguimiento de la auditoría durante dicho proceso.

Dicho todo lo anterior, invitamos al lector a que revise la información generada en el presente trabajo de investigación, el cual posee temas importantes y que de seguro enriquecerán sus conocimientos.

## CAPÍTULO I

# **ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302**

# **CAPÍTULO 1**

## **ASPECTOS GENERALES DEL C. A. A. N° 302**

### **1.1. Introducción.**

El Centro de Atención Ambulatoria N° 302, es una institución pública creada desde el año 1938, con el fin de prestar servicios de salud a la población, tanto del sector urbano como del sector rural. En el siguiente capítulo se abordara todos los aspectos generales de dicha entidad, con la finalidad de conocer más a fondo cuales son sus objetivos, metas, actividades, funciones y los recursos con los que cuenta para cumplir los propósitos para los que fue creado.

### **1.2. Objetivos de la entidad.**

Prestar servicio de salud a los afiliados, jubilados y derecho habientes de los seguros sociales de enfermedad y maternidad, en los términos que señala la Ley del Seguro Social Obligatorio y el estatuto codificado del IESS y a la población en general mediante contratos individuales o corporativos.

Prestar atención ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

### **1.3 Actividad principal del Centro de Atención Ambulatoria N° 302**

El CAA 302 central Cuenca del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una entidad, cuyo funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad,

obligatoriedad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

#### **1.4 Misión Institucional**

El CAA 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tiene la misión de dar atención médica, odontológica y farmacológica.

#### **1.5 Visión Institucional**

El CAA 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se encuentra en una transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la seguridad social vigente, convertirá esta Institución en una aseguradora técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia y oportunidad a toda persona que solicite los servicios o las prestaciones que ofrecen.

#### **1.7 Orgánico Funcional y Organigrama**

##### **1.6.1. Orgánico Funcional**

Mediante Resolución N° 021, el Consejo Directivo del IESS aprobó el nuevo orgánico funcional de la Institución que cuenta con seis niveles:

1. Nivel de gobierno y Dirección superior.- Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

2. Nivel de Dirección especializada.- Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riegos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

3. Nivel de reclamación administrativa.- Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones plantados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

4. Nivel Técnico Auxiliar.- Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

5. Nivel de Control Interno.- La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo, profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

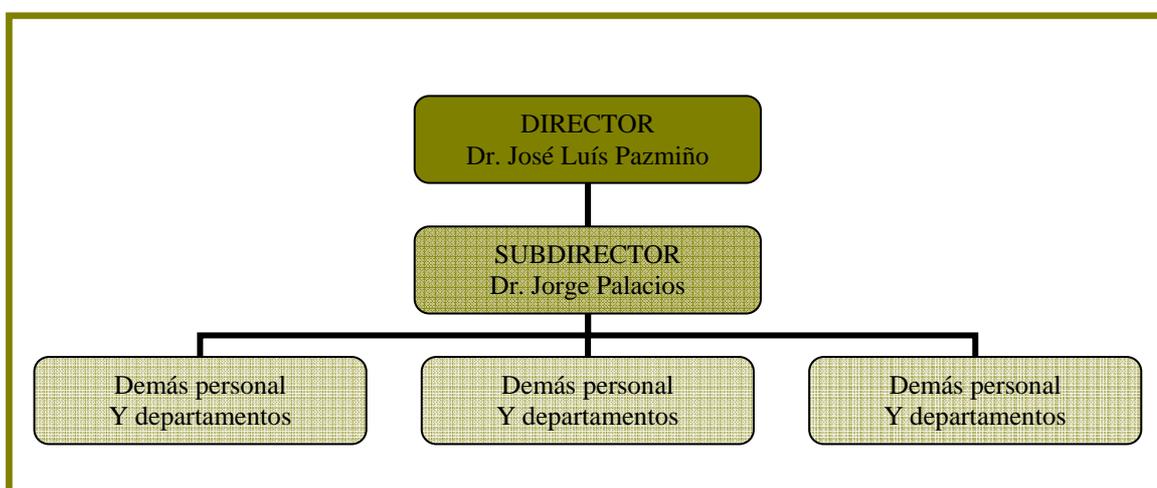
6. Nivel de asistencia técnica y administrativa.- Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

## 1.6.2 El Organigrama

Aplicado actualmente e implantado mediante Resolución N° 056 de la Comisión Interventora del I.E.S.S. a partir de febrero del año 2.000, ordena un sistema vertical de administración (dirección), cuya cabeza es el gerente general (a la fecha director) de la unidad médica, que de acuerdo a la resolución citada debe ser «profesional universitario con especialización en administración general o gerencia de salud».

### “El Organigrama”

Gráfica N° 01



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2007

**Responsables:** Los autores.

**La toma de decisiones es personal**, realizada por el gerente general, en coordinación con su subalterno inmediato que es el subgerente médico, decisiones que siempre deberán estar enmarcadas legalmente en el Manual Orgánico Funcional de las Unidades Médicas del IESS, vigente desde 1.989.

**Los diferentes servicios médicos complementarios** de la unidad de salud (radiología, laboratorio clínico, etc.) no cuentan con jefaturas sino con profesionales

encargados de dirigir cada uno de los servicios y que son responsables de la organización y buen funcionamiento de cada uno de ellos.

**El único organismo de apoyo en la gestión directriz** es el Comité de Gestión, Protocolización de Procedimientos y Auditoría Médica, conformado por tres médicos de la unidad y presidido por el Director de la misma.

### **1.6.3 Órgano de Gobierno**

El Consejo Directivo es el órgano máximo de gobierno y le corresponde dictar las políticas para la aplicación del Seguro General Obligatorio, así como las normas de organización y funcionamiento de los seguros generales y especiales administrados por el IESS y la fiscalización de los actos de la administración. Está conformado de manera tripartita por un representante del Ejecutivo, quien lo preside, un representante de los empleadores y un representante de los trabajadores.

## **1.7 La Dirección General**

Es el órgano responsable de la organización, dirección y supervisión de todos los asuntos relativos a la ejecución de los programas de protección provisional de la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, con sujeción a lo que determina la Ley de Seguridad Social. La autoridad responsable es el Director General.

En esta nueva estructura se crea la Subdirección General, dependencia de apoyo y asistencia a la Dirección General. La autoridad responsable es el Subdirector General, quien es designado por el Consejo Directivo. Cuando el Director General

renuncia, falta o se ausenta temporalmente o por impedimento, le subroga el Subdirector General.

### **1.8 Descripción del Centro de Atención Ambulatoria No 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

**Ubicación:** El Dispensario Central del IESS. de Cuenca, actualmente denominado como Centro de Atención Ambulatoria 302, se encuentra situado en la región sur del Ecuador en la ciudad de Cuenca, capital de la provincia del Azuay, en las calles Antonio Borrero y Simón Bolívar.

Ocupa un edificio antiguo de cuatro plantas, con un área de construcción de 1.317 metros cuadrados, en el cual funciona esta unidad médica desde su creación en el año de 1.984.

#### **“Centro de Atención Ambulatoria No 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”**

**Gráfico N° 02**



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008.

**Responsables:** Los autores.

El dispensario mantiene en su estructura orgánica los servicios de consulta externa médica y odontológica, farmacia general, laboratorio clínico, radiología y ultrasonido, enfermería integral, y servicios complementarios de vacunación, electrocardiografía, ergometría y prótesis dental; además cuenta también con áreas de estadística (admisión), información, contabilidad y planillaje, dispensarios anexos, secretaría y administración general.

### **1.9 Historia del Centro de Atención Ambulatoria 302 Del I. E. S. S. Cuenca**

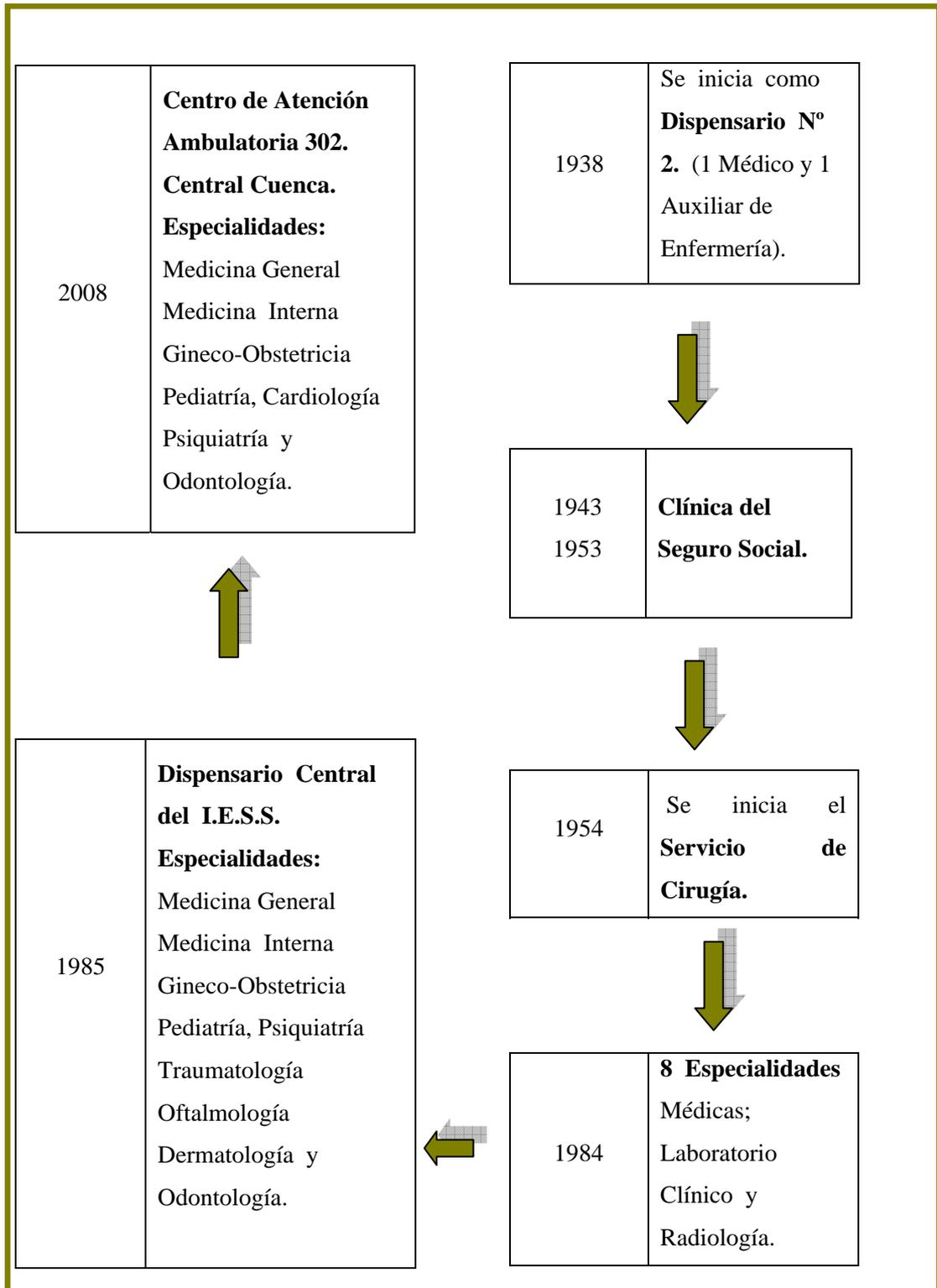
A continuación se presenta una tabla en donde de forma detallada se explica la evolución de el Centro de Atención Ambulatoria que se inicia a partir del año 1938 como el “Dispensario N° 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, el mismo que contaba con un médico y un auxiliar de enfermería. Desde el año 1943 hasta el año de 1953, se convierte en la “Clínica del Seguro Social”, la cual se diferenciaba del “Dispensario N° 2” en el tamaño de la infraestructura.

En el año de 1954 se incrementa en la clínica el servicio de cirugía; poco a poco la Institución fue expandiendo el servicio, llegando así, en el año de 1984 a tener 8 especialidades médicas, laboratorio clínico y radiología. En el año de 1985 toma el nombre de “Dispensario Central del I. E. S. S.” cuyas especialidades eran: medicina general, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, traumatología, oftalmología, dermatología y odontología.

En el año 2008 toma el nombre de “Centro de Atención Ambulatoria N° 302, Central Cuenca”, implementando la especialidad de cardiología, y eliminando las especialidades de Traumatología, oftalmología y dermatología. Así:

**“Evolución del C. A. A. N° 302”**

**Gráfica N° 03**



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS.

**Responsables:** Los autores.

## 1.10 Situación Actual del CAA- 302 del IESS Cuenca 2007

### “Situación Actual del C. A. A. N° 302”

**Tabla N° 01**

<b>AREAS</b>	<b>SERVICIOS</b>
<b>ESPECIALIDADES</b>	Medicina General, Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Cardiología, Pediatría, Psiquiatría y Odontología.
<b>CIRUGIA</b>	Hospitalaria Gineco-obstétrica.
<b>VACANTE</b>	Médico 3 - 4 HD. (Cirujano General).
<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>	Laboratorio Clínico, Imaginología, Gabinetes Cardiológicos y Gineco-Obstétrico. Prótesis Dental.
<b>CLUBES</b>	Pacientes Diabéticos, Hipertensos, Climatéricos y Materno-infantiles.

**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2003

**Responsables:** Los autores.

## 1.11 Recursos

### 1.11.1 Humanos

**Introducción:** en la tabla que se muestra a continuación se puede ver con claridad la disponibilidad del personal en las áreas que correspondan, teniendo en consideración

hasta el año 2003 ya que hasta la actualidad no se ha observado mayor cambios.

**Tabla N° 02**

**“Cuadro de Distribución del Personal que labora en el CAA-302”**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL DE LA UNIDAD	46	41	39	37	36	35
MEDICO	14	12	12	12	12	13
ENFERMERA	1	1	1	1	1	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	6	6	6	6	6
OTRO PROFESIONAL	6	6	6	6	6	8
TECNICO	0	0	0	0	0	0
ADMINISTRATIVO	12	10	9	7	7	4
SERVICIOS	3	3	3	3	2	1
OTROS	4	3	2	2	2	2

**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2007

**Responsables:** Los autores.

La organización del personal se mantiene con dos organizaciones cuyas nominaciones son: Trabajadores que pertenecen a la ley de servicio y carrera administrativa y los del código del trabajo.

### **1.11.2 Recursos Materiales**

**El dispensario médico**, cuenta con toda los equipos e instrumentos médicos necesarios y suficientes para el funcionamiento adecuado de 10 consultorios médicos, 2 consultorios odontológicos, 2 estaciones de enfermería, 1 área de curaciones e inyecciones; los correspondientes servicios médicos complementarios (radiología, ultrasonido, laboratorio clínico, electrocardiografía, etc.) y los servicios auxiliares generales de estadística, información, atención al público, contabilidad, planillaje, etc.

**El equipamiento médico** es adecuado para las funciones profesionales de unidad médica de segundo nivel de atención, y la mayoría de equipos médicos y odontológicos se encuentran en óptimas y eficientes condiciones de funcionamiento.

**El financiamiento de la unidad médica** se sustenta en un presupuesto anual elaborado por el director del dispensario y aprobado por el departamento financiero de la Matriz del IESS.

**El manejo presupuestario** se lo realiza en base a 79 partidas, 77 de las cuales son manejadas por el director de la unidad, y 2 por la Matriz del IESS, desde Quito (gastos de personal y bienes muebles).

Cabe recalcar que en Quito se le otorga dicha financiación y que a partir del año 2001, su presupuesto se lo asigna técnicamente en base a la productividad de consulta externa y servicios médicos complementarios de la propia unidad médica.

**“Partida Presupuestaria del C. A. A. 302”**

**Tabla N° 03**

<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES</b>
• Presupuesto global (Total)	375.885
• Fármacos e insumos médicos	199.500
• Sueldos del personal	135.841
• Servicios generales	28.500
• Créditos pendientes de pago	2.044
• Gastos de inversión y corrientes	10.000

**Fuente:** Duque G. Estudio de costos por Atención Médica Ambulatoria.

**Responsables:** Los autores.

### **1.11.3 Recursos Físicos del CAA- N° 302 Del I. E. S. S.**

Edificación realizada en 1933.

Remodelación en 1955.

Nueva Remodelación en 1985.

Mantenimiento Global en 1993.

Mantenimiento Parcial en 1998.

Frecuentemente: Mantenimiento Puntual, se encuentra listo el Estudio para Obras Civiles de Reparación y Remodelación.

Mantenimiento General y Obras de Readecuación que se realizarán desde Julio/2003. (A septiembre del 2003 todavía no se da inicio)

### **1.11.4 Recursos médicos y servicios complementarios del C. A. A. N° 302, año 2006.**

Mantenimiento Preventivo Anual de los Equipos de Imaginología y Laboratorio Clínico. (Adquiridos en 1985).

Mantenimiento Correctivo de los demás Equipos Médicos y Complementarios (Todos adquiridos antes de 1990).

Mantenimiento Emergente del Sistema Informático AS/400. (Adquirido en 1988 y en funcionamiento desde 1993).

### **1.12 Servicios básicos del C. A. A. N° 302, Año 2006**

**GUARDIANA:** Contratada 8 horas diarias desde 1998. 24 horas desde 2001.  
Costo Mensual: US. \$ 945,90.

**LIMPIEZA: Contratada** desde 1994.Costo Mensual: US. \$ 650,00.

**TELECOMUNICACIONES:** 5 líneas telefónicas, 1 fax y servicio de Internet.  
Costo Mensual Promedio: US. \$ 120,00.

### **1.13 Estructura financiera y económica.**

#### **1.13.1 Balance General**

El Balance General al 31 de diciembre de 2006 nos presenta un total de activos de \$2'710.587,52, siendo la cuenta más representativa la de medicinas e insumos, seguida por bienes muebles y la cuenta de Bancos.

Los pasivos arrojó un valor de \$3'354.354,77, siendo la deuda más representativa a la administración y fondos IESS y acreedores varios. El patrimonio está conformado por una sola cuenta que es la de resultados del ejercicio, la cual presentó una pérdida del \$643.767,25.

#### **1.13.2 Estado de Resultados.**

El estado de resultados del año 2005 ha tenido ciertos cambios en comparación del 2006, entre las partidas que se han incrementado está las siguientes:

#### **“Incrementos de las Partidas Presupuestarias”**

**Tabla N° 04**

<b>PARTIDA</b>	<b>INCREMENTO</b>	<b>C A U S A</b>
Contratos residentes	40.000,00	Se contrataran tres residentes para

devengados		pacientes crónicos
Personal medico y paramédico	72.000,00	Incremento de atención por traslado al nuevo edificio
Contratos	5.500,00	Por contratar personal.
Telecomunicaciones	2.500,00	Por la implementación de Internet y consultorios
Servicios de Aseo	8.400,00	Nueva área física
Edificios, locales y residencias	43.000,00	Reparación de la cubierta actual
De conservación de lencería	6.500,00	Se incrementa el lavado de lencería
Prendas de protección	5.400,00	Por adquisición de materiales para rayos X y otros
Instrumental odontológico	2.500,00	Por conformación de centro odontológico
Medicinas	396.785,05	Por incremento de 27 ítems al cuadro básico del CAA -302
Materiales para laboratorio	65.000,00	Por apoyo tecnológico utilizando maquinas para realizar hemo- diálisis.
Prótesis odontológicos	3.000,00	Conformación del plan piloto
Material de construcción	4.353,00	Continuación de instalación de todas las líneas por variación
Remodelación de unidades medicas	300.000,00	Adecuación de nueva estructura física a utilizar
Maquinarias	10.100,00	Adquisición de generador de emergencia y tablero
Equipos odontológicos	6.000.000,00	Incremento de equipos médicos por ampliación
Vehículos terrestres	40.000,00	Adquisición de ambulancia
Libros y colecciones	1.500,00	Adquisición de colecciones y otros

**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2007

**Responsables:** Los autores.

### **1.13.3 Estado de Ejecución Presupuestaria.**

El Balance Presupuestario de Compromisos y Gastos definitivo, perteneciente del Año 2007 del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, informa que el 66,35 es el porcentaje en que se ejecuto de la totalidad del Presupuesto Inicial, el mismo que se resume de la siguiente manera:

#### **Gastos Corrientes**

Gastos en Personal	906.585,04
Bienes y Servicios de Consumo	970.867,34
Otros Gastos	13.597,93
Transferencias Corrientes	5.783,61
Obras Públicas	290.870,80
Activos de Larga Duración	417.100,52
Amortización de la deuda – pública	36.862,30
<b>Total del Presupuesto</b>	<b>2.641.667,54</b>

## CAPÍTULO II

# **FUNDAMENTOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO ECUATORIANO**

## **CAPÍTULO 2**

# **FUNDAMENTOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO ECUATORIANO**

### **2.1. Introducción**

La actividad de control constituye una etapa superior en la auditoría de gestión, que tiene cabal aplicabilidad tanto en las entidades públicas como privadas, por lo tanto, es necesario conocer todos los aspectos básicos y las herramientas utilizadas para llevar a cabo la Auditoría de Gestión.

#### **Marco Legal y Normativo**

La Constitución Política de la República del Ecuador, en el Art. 211 establece que la Contraloría General del Estado realizará auditorías de gestión a las entidades y organismos del sector público, sus servidores y se pronunciará sobre la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados institucionales.

El Contralor General al emitir los objetivos, estrategias y políticas a aplicarse para la Planificación Operativa de Control del Año 2000, prevé como objetivo que se desarrollará y difundirá una metodología de trabajo para las auditorías de gestión, cuya actividad de control iniciará la institución a partir del año 2000, con las auditorías pilotos que planifiquen las direcciones del trabajo.

## 2.2 Definición de la Auditoría de Gestión

“La auditoría de gestión, es el examen sistemático y profesional, efectuado por un equipo multidisciplinario, con el propósito de evaluar la eficacia de la gestión de una entidad, programa, proyecto u operación, en relación a sus objetivos y metas; de determinar el grado de economía y eficiencia en el uso de los recursos disponibles; y, de medir la calidad de los servicios, obras o bienes ofrecidos, y, el impacto socio-económico derivado de sus actividades”.<sup>1</sup>

## 2.3 Propósitos y objetivos de la Auditoría de Gestión

Entre los propósitos tenemos a los siguientes.

- ∞ 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.

---

<sup>1</sup> **ASESORIA GENERAL**, “Manual de Auditoría de Gestión”, Edi – Ábaco Cia. Ltda., 2004, pág. 28

- ☞ 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,
- ☞ Conocer las causas de ineficiencias o prácticas antieconómicas.

Los principales objetivos son:

Entre los principales objetivos de la auditoría de gestión podemos señalar los siguientes:

- ☞ Establecer el grado de cumplimiento de la misión, metas, objetivos, políticas, planes, programas y procedimientos de trabajo, basándose en indicadores y estándares.
- ☞ Evaluar el rendimiento y productividad, es decir la relación Costo/Beneficio.
- ☞ Evaluar las disposiciones legales y normativas a la alta gerencia de la entidad, con el propósito de sugerir cambios adicionales o modificaciones.
- ☞ Revisar y determinar medidas para salvaguardar y evitar desperdicios de recursos.
- ☞ Establecer la utilidad de la información gerencial.
- ☞ Determinar la racionalidad y confiabilidad del sistema de control interno.
- ☞ Contribuir y apoyar la gestión de los administradores.

## **2.4 Alcance de la Auditoría de Gestión**

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 la cobertura a operaciones recientemente ejecutadas o en ejecución, denominada operaciones corrientes.

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 sobre la identificación, de riesgos su profundidad e impacto y adopción de medidas para eliminarlos o atenuarlos.
  
- g) Control de legalidad, del fraude y de la forma como se protegen los recursos.
  
- h) Evaluación del ambiente y mecanismos de control interno sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores y auditados; el mismo debe quedar bien definido en la fase de Conocimiento Preliminar, porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o sea la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.

## **2.5 Enfoque de la Auditoría de Gestión**

La Contraloría del Ecuador se proyecta a la ejecución de auditorías de gestión con 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.

Es una Auditoría de Economía y Eficiencia porque está orientada hacia la adquisición económica de los recursos (insumos) y su utilización eficiente o provechosa en la producción de bienes, servicios u obra, expresada en una producción maximizada en la cantidad y calidad producida con el uso de una

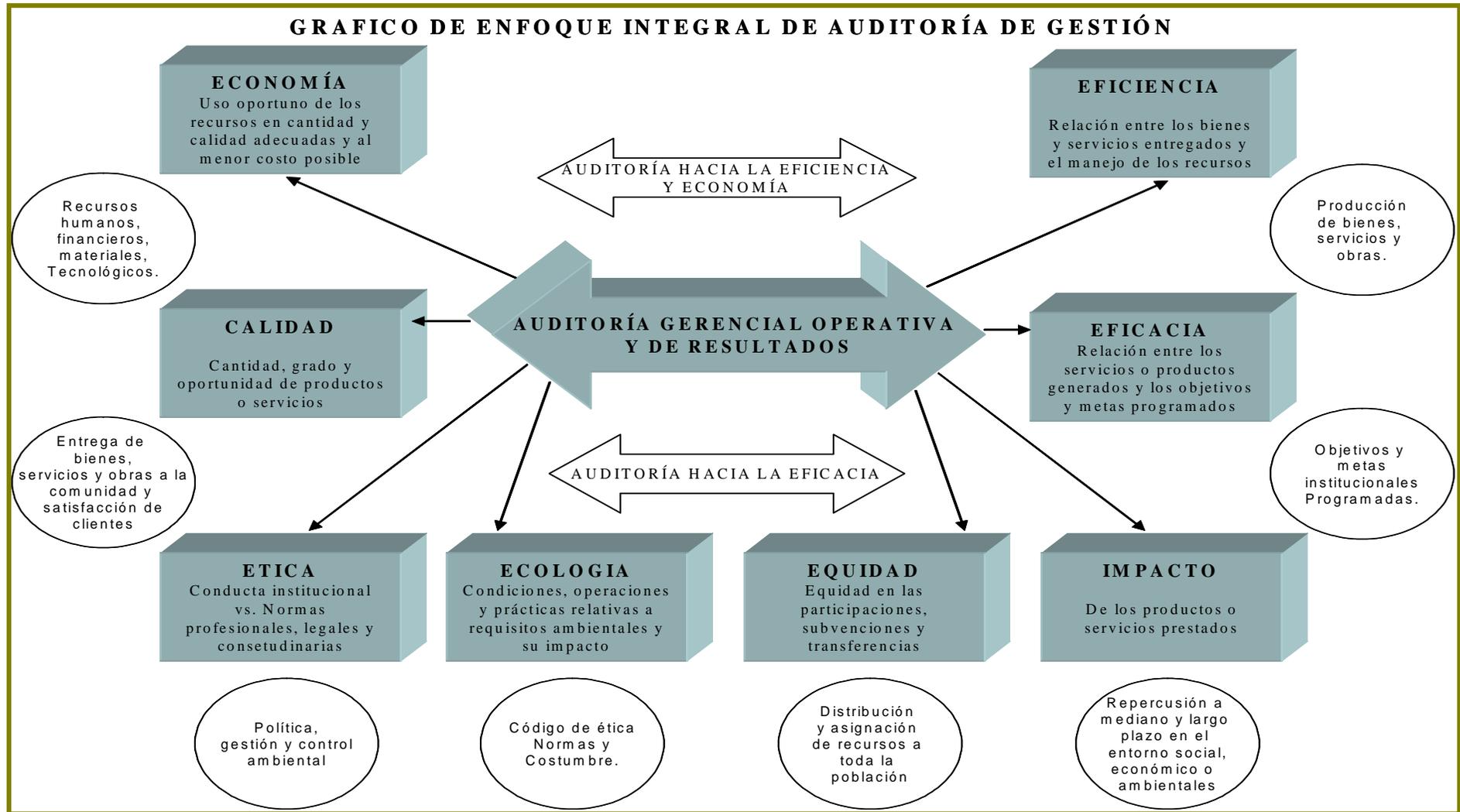
determinada y mínima cantidad de recursos, es decir, incrementar la productividad con la reducción de costos.

Es una Auditoría de Eficacia porque está orientada a determinar el grado en que una entidad, programa o proyecto están cumpliendo los objetivos, resultados o beneficios preestablecidos, expresados en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc.

Es una Auditoría con enfoque Gerencial-operativo y de resultados, porque evalúa la gestión realizada para la consecución de los objetivos y metas mediante la ejecución de planes, programas, actividades, proyectos y operaciones de una entidad, expresados en la producción de bienes, servicios y obras en la calidad y cantidad esperados, y que sean socialmente útiles, y cuyos resultados sean medibles por su calidad e impacto.

**“Enfoque Integral de la Auditoría de Gestión”**

**Gráfica N° 04**



## **2.6 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.

### **Auditores**

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.

Es conveniente que los equipos multidisciplinarios se conformen en las direcciones o departamentos de auditoría, los especialistas podrían participar incluso en la Fase de Conocimiento Preliminar.

## **2.7 Control Interno**

El informe COSO del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comision (Comité de la Organización de Patrocinio de la Comisión de Marcas), explica sobre Control Interno que es igual al COSO, que: “es un instrumento de la gestión que comprende el plan de organización y de todos lo métodos y procedimientos que en forma coordinada se adopta en una entidad para la protección de sus activos, la promoción de la eficiencia de las operaciones que allí se ejecutan y la fidelidad hacia las políticas establecidas en la institución, por lo que es un proceso afectado por el Concejo de Administración, la Dirección y el resto del personal, diseñado con el objetivo de proporcionar el grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos”. (Publicación Editada en los Estados Unidos en 1992, por Coopers & Lybrand).

Es importante mencionar que el Control Interno no puede actuar solo en las instituciones, el acompañamiento de una seguridad razonable en cuanto a la información oportuna y adecuada sobre el cumplimiento de los objetivos trazados, así como la realización, discusión y revisión de informes que sustenten los hechos para alcanzar las metas y por último que se cumplan con las leyes, normativas, entre otras, desembocará en un sistema eficaz de control.

En conclusión, el Control Interno es un proceso para alcanzar metas y objetivos trazados con anterioridad, que es ejecutado todas las personas que laboran dentro de una organización, que ofrece mayor seguridad de las actividades que se realizan dentro de las instituciones y por último que el Control Interno consiste en un conjunto de políticas y procedimientos que salvaguardan los activos, que promueve la eficiencia de las personas que lo utilizan y por ende de la organización, ayuda el descubrimiento de hechos irregulares y garantiza la información contable, administrativa y en general, para una razonabilidad de la toma de decisiones.

### **2.7.1 Componentes del Control Interno.**

Los 5 elementos que conforman el Control Interno se deben considerar como una mezcla de mecanismos para realizar la evaluación y la determinación de la efectividad de los procesos realizados hacia la consecución de los objetivos trazados; a partir del 9 de septiembre del 2003 el Instituto Internacional de Auditores reconocieron a 3 nuevos componentes del Control Interno, debido a la integración de un marco de gestión de los riesgos empresariales; entonces los componentes del Control Interno son los siguientes:

Ambiente de Control Interno: según el SAS 78, “el ambiente de control establece el tono de una organización, incluyendo la conciencia del control de la gente. Constituye el fundamento de los otros componentes del control interno, proporcionando disciplina y estructura”. Es importante mencionar que la esencia de las organizaciones es su personal, desempeñándose como la fuerza que conduce hacia los objetivos trazados ya que son los encargados de desarrollar las actividades preliminares hacia los mismos.

De la misma manera este posee ciertos elementos fundamentales que lo constituyen como tal así como: la integridad y valores éticos, la autoridad y responsabilidad, la estructura organizacional y políticas de personal, los mismos que facilitarán un Ambiente de Control Interno en donde prevalezca la conciencia hacia la disciplina y estructura de consecución de objetivos.

La valoración del Riesgo: se describe como un proceso en donde se identifica el potencial impacto y la probabilidad de la ocurrencia de hechos o factores que afecten a la consecución de las metas trazadas por la organización y de cómo manejar los mismos. A los riesgos se los puede considerar en la forma que afecten a la organización, tal es así que existen los Externos, que los componen la tecnología, los

clientes, la competencia, entre otros; y los Internos, a los que se los considera los sistemas informáticos, la calidad de los empleados, la naturaleza de el giro de la entidad, etc..

La identificación de los riesgos tiene que ser realizada en cada nivel de la entidad, ya que con solo un conjunto de normas preventivas predominará un nivel de riesgo aceptable en la totalidad de las instituciones. En su totalidad, la valoración del riesgo en las empresas debe ser evaluado considerando los objetivos globales de la entidad, así como los objetivos asignados a cada nivel ya que procuraran una coherencia entre los hechos, los recursos asignados y la eficacia de sus consecución, los riesgos en si que provocan dichas actividades y la gestión de cambio, para prever, identificar y reaccionar ante los acontecimientos y actividades rutinarias que inciden para el logro de los objetivos globales y específicos.

Actividades de Control: a estas acciones se las consideran como el conjunto de normas, leyes y procedimientos internos establecidos para asegurar la consecución de las metas trazadas, es importante mencionar que las mismas se realizan a cualquier nivel de la organización con la única finalidad de asegurar que se cumplan las pautas de la dirección. Se puede considerar como parte de las actividades de control a los análisis efectuados por la dirección, la gestión para las actividades, un proceso eficiente de la información, la aplicación de los indicadores de información, entre otros.

Información y Comunicación: a este componente del Control Interno lo constituye el flujo o intercambio de información entre los diferentes niveles de la organización para poder llevar a cabo las responsabilidades asignadas. Este constituye un proceso, en el que se registra, se procesa, resume e informa a los diferentes niveles de las actividades y acontecimientos internos involucrados a las metas y objetivos de la entidad.

En la comunicación se debe considerar la obtención de la información, la fuente y la naturaleza de la misma, con la finalidad de procurar una relación entre una comunicación eficaz entre el personal y la consecución de los objetivos.

Actividades de Monitoreo o Supervisión: estas representan a el proceso que asegura la calidad del control interno dentro de las organizaciones, este se debe llevar a cabo en las actividades normales de la institución, así como de manera separada por el personal que no es responsable directo de las actividades, incluidas las del control y mediante la combinación entre las modalidades.

Entre las actividades que se refieren al proceso de evaluar la calidad del funcionamiento del Control Interno en tiempo y en capacidad de reacción frente a los obstáculos obtenidos se debe tomar en cuenta:

- ☞ Monitoreos del rendimiento de las actividades realizadas.
- ☞ Evaluación de la calidad del Control Interno.
- ☞ Una supervisión continúa de las actividades realizadas por los niveles.
- ☞ Evaluación puntual del sistema de Control Interno utilizado.
- ☞ La comunicación de las deficiencias detectadas en el sistema que utiliza la empresa para la detección del Control Interno.

Entre los nuevos componentes del Control Interno, los que se derivan de la manera en que la dirección conduce la empresa y se integran entre si, se conocen los siguientes:

Ajustes de Objetivos: dentro de las instituciones en el nivel más básico se plantean objetivos, los mismos que a través de los tiempos, en ocasiones, se modifican para lograr nuevas metas trazadas; lo mismo ocurre en las auditorías, que dentro de la dirección se plantean objetivos estratégicos, los mismos que se programaran antes de encontrar diferentes acontecimientos que impida la consecución de los mismos, este componente permite alinear los objetivos conjuntamente con la misión y la visión de la organización, los mismos que deben estar dentro de un rango aceptado de riesgos para la consecución de lo planteado.

Identificación de Eventos: tanto los factores internos como externos afectan a las organizaciones en la consecución de los objetivos y metas trazadas, los mismos deben ser debidamente reconocidos entre riesgos y oportunidades, en el caso de que se manifiesten como oportunidades deben ser alteradas hacia las estrategias planteadas con anterioridad. Y en el caso de que se manifiesten como riesgos deberán ser evaluados según el impacto que podrían ocasionar dentro de las instituciones generando una respuesta por parte de la dirección.

Respuesta al Riesgo: después de una correcta identificación de los eventos y los ajustes de los objetivos la dirección seleccionara posibles respuestas para desarrollar una serie de acciones alineadas con el riesgo aceptado, es decir, la dirección deberá obtener un nuevo riesgo sobre la base residual del anterior; el riesgo residual siempre existirá debido a los recursos limitados, a la incertidumbre del futuro y limitaciones inherentes a las actividades empresariales.

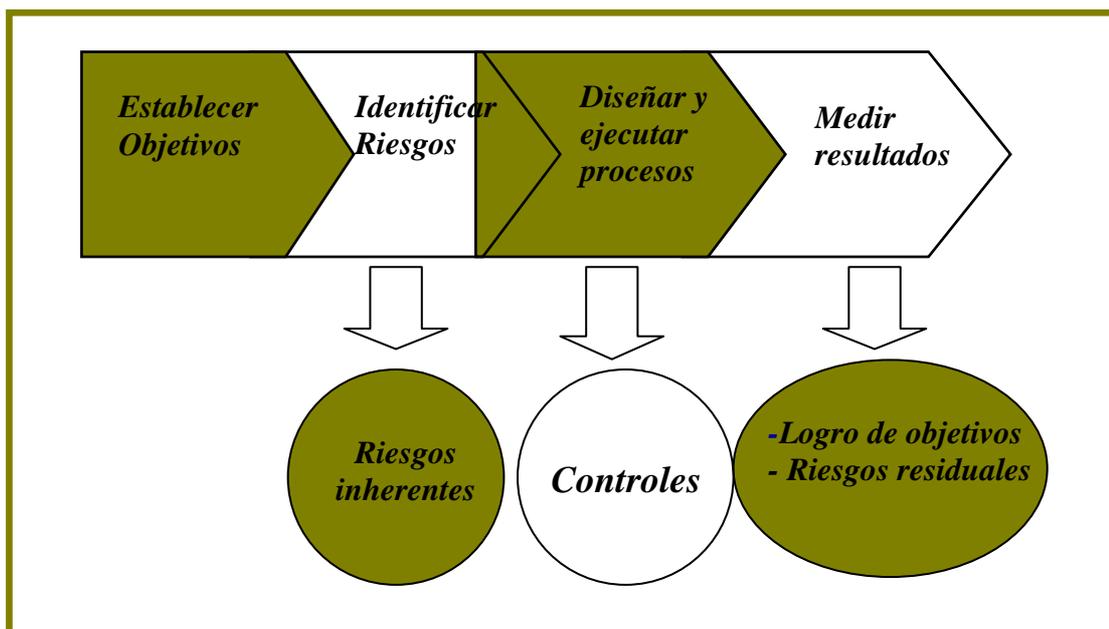
## **2.7.2 Riesgo de la Auditoría de Gestión**

A continuación se abordará este componente del Control Interno mediante el gráfico encontrado en el Estudio de “Evaluación del Riesgo”, diapositiva N° 14, de

propiedad del Econ. Teodoro Cubero Abril, presentado en la asignatura de Auditoría de Gestión II, en la Universidad del Azuay.

### “Definición de los Riesgos”

Gráfica N° 05



**Fuente:** Estudio “Evaluación del Riesgo”, Teodoro Cubero, Pág. 9

**Responsables:** Los autores.

La Auditoría de Gestión, al igual que otro tipo de estudios no estará exenta de errores y omisiones, que sean voluntarios por parte de sus realizadores; por lo mismo esta deberá establecer los objetivos de la auditoría, así como identificar en su tesis los riesgos que podrían existir, es en donde nace uno de los componentes de los riesgos:

Riesgo Inherente: el que simboliza la ocurrencia de errores importantes generado por las mismas características del giro del negocio o de la empresa.

Para luego confirmar los riesgos así diseñando sistemas y ejecutando procesos para establecer controles,

Riesgo de Control: de que el sistema de Control Interno provenga o corrija tales errores.

Para finalmente medir los resultados de los procesos utilizados, y como estos han ayudado al logro de objetivos determinando los riesgos residuales, (Riesgo Residual = Riesgo Inherente – Control, de modo que a mejor efectividad de los controles menor riesgo residual).

Riesgo de Detección: de que los errores no detectados por el Control Interno tampoco sean reconocidos por el Auditor.

Es importante mencionar que existen algunos puntos especiales para la detección de los riesgos en la Auditoría de Gestión, entre los cuales se recomienda:

- ☞ Determinar el grado de confianza que se tiene al Sistema de Control Interno.
- ☞ Evaluar los riesgos inherentes disponibles en la entidad.
- ☞ Identificar los cambios en demasía en el sistema de la organización.
- ☞ Valorar la capacidad de que errores sean omitidos por el Sistema de Control Interno utilizado.
- ☞ Determinar la complejidad de la auditoría mediante, el número de personas, volúmenes físicos, impacto social, entre otros aspectos que se deben considerar.

☞ Determinar la importancia que se da por la entidad a la Auditoría.

### **2.7.3 Muestreo en la Auditoría de Gestión**

La tercera norma de Auditoría “Principios Básicos que rige una Auditoría” señala que como parte de la ejecución del trabajo es obtener evidencias válidas y suficientes por medio del análisis de la investigación y confirmación de los hechos, con la finalidad de contar con bases razonables para emitir el dictamen o informe y obtener una evidencia directa sobre la veracidad de las operaciones que se ejecutan en la misma, en los procedimientos de auditoría no se pueden ejecutar en la totalidad de las actividades de la empresa, por lo que se tomara una parte importante de las mismas, una muestra, tomando en cuenta el riesgo que implica dicha operación.

El auditor deberá tomar en cuenta el método a utilizar para la obtención de la muestra, es importante mencionar que dicho tamaño esta condicionado por el grado de seguridad que el auditor plantea obtener como resultado, así los enfoques que se toman en cuenta son:

Enfoque no Estadístico: en donde se toma en cuenta el criterio del auditor, por la que la misma es mas sujeta a errores o desviaciones.

Enfoque Estadístico: en este mientras tanto el auditor deberá utilizar técnicas estadísticas por medio de mediciones cuantitativas, el enfoque estadístico permite la obtención de una muestra eficiente y un avalúo de los resultados de la misma.

Para la determinación del método de la muestra el auditor deberá tomar en cuenta la naturaleza del universo de lo que investiga, así como también las ventajas y desventajas que ocasionaría la aplicación de dichos sistemas en su investigación.

## **2.8 Evidencias suficientes y competentes.**

Las evidencias de auditoría son consideradas como la prueba fehaciente del trabajo ejecutado por el Auditor, así como la demostración sustancial de los hechos en las empresas auditadas, cabe recalcar que las evidencias se componen de dos elementos, tanto cuantitativamente (evidencias suficientes), así como cualitativamente (evidencias competentes), para determinar que estas sean válidas, relevantes y significativas para el examen del auditor.

Estas pueden ser de diferentes clases tales como: físicas, testimoniales, documentales y analíticas que son las resultantes de comparaciones entre las leyes, procedimientos y su análisis. Cabe recalcar que la confiabilidad de las mismas variara en cuanto a la fuente de donde han sido obtenidas

## **2.9 Técnicas más utilizadas.**

En las auditorías de gestión es indispensable el criterio del auditor para determinar las técnicas y prácticas más adecuadas para alcanzar las evidencias suficientes y competentes para las sustentaciones de las tesis encontradas en el estudio, a continuación un cuadro en donde constan el tipo verificación y la técnica que se puede utilizar:

**“Técnicas de Auditoría”**

**Tabla N° 05**

<b><u>Ocular</u></b>	<b>Comparación</b>	Determinación de las diferencias entre dos o más hechos para comparar las operaciones realizadas por la entidad auditada.
	<b>Observación</b>	Verificación visual de una actividad o proceso para examinar aspectos físicos, incluyendo desde la observación del flujo de trabajo, documentos, materiales, etc.
	<b>Rastreo</b>	Seguimiento y control de una operación, dentro de un proceso o de un proceso a otro, a fin de conocer y evaluar su ejecución.
<b><u>Verbal</u></b>	<b>Indagación</b>	Obtención de información verbal mediante averiguaciones o conversaciones directas sobre las operaciones que se encuentran relacionadas.
	<b>Entrevista</b>	Entrevistas a funcionarios de la entidad y terceros con la finalidad de obtener información, que requiere después ser confirmada.
	<b>Encuesta</b>	Encuestas realizadas con el propósito de recibir de los funcionarios de la entidad auditada o de terceros, una información de un universo.
<b><u>Escrita</u></b>	<b>Análisis</b>	Separación y evaluación crítica, objetiva y minuciosa de los elementos que conforman una operación con el propósito de establecer su propiedad y conformidad con criterios normativos y técnicos.

	<b>Conciliación</b>	Concordar dos conjuntos de datos relacionados, con el objeto de hacerles concordantes entre sí y a la vez determinar la validez y veracidad de los registros.
	<b>Confirmación</b>	Escrito, de parte de los funcionarios que participan o ejecutan las operaciones, y/o de fuente ajena a la entidad auditada, para comprobar la autenticidad de los registros y documentos sujetos al examen.
	<b>Tabulación</b>	Consiste en agrupar resultados importantes obtenidos en área, segmentos o elementos examinados que permitan llegar a conclusiones.
<b><u>Documental</u></b>	<b>Comprobación</b>	Consiste en verificar la existencia, legalidad, autenticidad y legitimidad de las operaciones realizadas.
	<b>Cálculo</b>	Verificación de la exactitud y corrección aritmética de una operación o resultado.
	<b>Revisión Selectiva</b>	Consiste en una breve o rápida revisión o examen de una parte del universo de datos u operaciones.
<b><u>Física</u></b>	<b>Inspección</b>	Esta técnica involucra el examen físico y ocular de activos, obras, documentos, valores y otros, con el objeto de establecer su existencia y autenticidad.

**Fuente:** Manual de Auditoría de Gestión, Pág. 56

**Responsables:** Los autores.

## 2.10 Papeles de trabajo.

Se puede considerar papeles de trabajo al conjunto de cédulas, documentos, medios magnéticos, correspondencias, actas de la asamblea, balances, cuestionarios, etc., elaborados u obtenidos por el o los entes auditores, como resultado de un procedimiento de auditoría; el principal objetivo de estos es que sirva como base para la realización del informe final, así como también es una prueba confiable del trabajo del auditor, entre sus principales características esta que debe explicar en forma detallada, clara y precisa los acontecimientos encontrados en las instituciones para luego ser resumido hacia el informe manteniéndose como base para posteriores estudios, los mismos que se realizarán sin enmendaduras, asegurando la validez de los mismos a través del tiempo, tomando en consideración las deficiencias observadas a medida de que avanza el examen de auditoría.

Cabe recalcar que según la organización y el archivo de forma sistematizada existen dos clases de papeles de trabajo:

Archivo Permanente o Continuo: que son los papeles de trabajo que servirán como base de futuras auditorías, ya que contienen información de las operaciones y hechos que tienen en vigencia en un periodo de varios años, por lo que presentarán una fuente de información para nuevos auditores.

Archivo Corriente: estos papeles de trabajo son los que se mantienen guardados por la relación a un periodo de tiempo específico.

En este punto es importante mencionar las Marcas de Auditoría, que no son más que las claves que utiliza el auditor para la referencia de sus papeles de trabajo; estas permiten establecer que documentos fueron indagados por el equipo auditor por la presencia de símbolos que no son más que las marcas ya establecidas. Las Marcas de Auditoría deben ser uniformes para todo el proceso auditado para que exista uniformidad de conceptos entre el equipo multidisciplinario, por lo que se

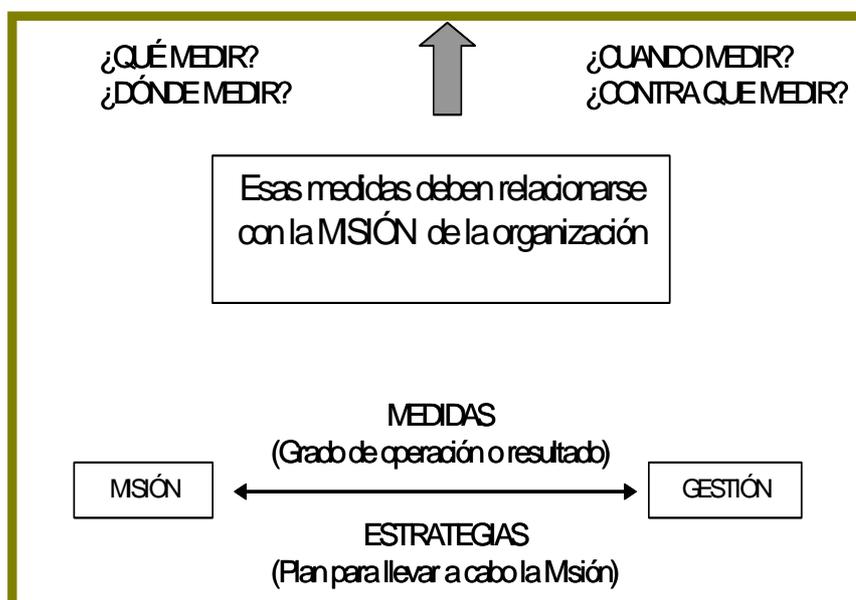
recomienda que se incluya en el informe una hoja de especificaciones de los símbolos utilizados, así como su significado.

## 2.11 Parámetros e indicadores de gestión.

Los Artículos de la Ley Orgánica de Contraloría General del Estado, (L. O. C. G. E.), 8, 15 Y 21, explican que para un eficiente Control Interno se examinarán, verificarán y evaluarán algunas gestiones en donde se aplicaran indicadores de gestión institucional, teniendo la posibilidad de que cada entidad prepare sus indicadores según sus misión, visión, objetivos y estrategias institucionales. Los Indicadores deben iniciarse en el proceso de planificación estratégica y operativa, con la participación de todos los funcionarios relacionados con las obras y servicios que desarrolla la entidad, así para medir una actividad lo importante es saber:

### “Indicadores de Gestión”

Gráfica N° 06



**Fuente:** Manual de Auditoría de Gestión, Pág. 69

**Responsables:** Los autores.

Por lo que se dirá que un Indicador de Gestión es la referencia numérica generada a partir de una o varias variables a la que se le compara con un valor estándar el mismo que indica posibles desviaciones con respecto a las cuales la administración deberá tomar acciones, y se los usara para:

- ☞ La eficiencia y economía en el manejo de los recursos
- ☞ Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios
- ☞ El grado de satisfacción al cliente o usuario.

### **Indicadores de General Utilización.-**

1. Economía: Miden la cantidad y calidad adecuadas y al menor costo posible, con relación a los programas de la entidad, es decir evalúan la capacidad para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en el logro de su misión institucional, para lo cual es menester mantener disciplina y cuidado en el manejo de la caja, del presupuesto, etc.
2. Eficiencia: Los indicadores de eficiencia miden los costos unitarios, la productividad de los recursos utilizados en la entidad, en un proyecto, programa, etc., así como la relación entre dos magnitudes: la producción física de un bien o servicio y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese producto, pero de manera óptima
3. Eficacia: Sirven para evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos planteados, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

4. Ecología: Son medidas de ejecución que ayudan a describir cuantitativamente la calidad ambiental y permiten el monitoreo de su progreso.
  
5. Ética: Estos indicadores no se encuentran muy desarrollados en la auditoría de gestión, es importante considerar aspectos que se relacionen con la conducta y comportamiento, con la observancia de los valores y la moral, con la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y el cumplimiento de Leyes, Ordenanzas, y Reglamentos institucionales.
  
6. Equidad: Son indicadores que permiten medir la justa y equitativa repartición de los recursos existentes tomando en cuenta el monto de una población.
  
7. Calidad: Este Indicador es una dimensión específica del concepto de eficacia, que se refiere a la capacidad de la entidad para responder en forma rápida y directa a las necesidades de la comunidad.
  
8. Impacto: Son los indicadores que indican la repercusión a mediano o largo plazo en el entorno social, económico o ambiental, si los impactos medibles son de carácter tecnológico, institucional, económico, político, social y cultural, estos evalúan los factores que determinan la competitividad de una empresa.
  
9. Financieros: Se basan en los Estados de las empresas y sirven para comparar la ejecución de sus tareas hacia los objetivos encaminados por cada entidad.

10. Presupuestarios: Estos indicadores depende de las necesidades de cada entidad.

A continuación unos de los indicadores más utilizados en el sector público.

**“Indicadores más utilizados”**

**Tabla N° 06**

<b>CONCEPTO</b>	<b>I N D I C A D O R</b>	<b>R E L A C I Ó N</b>
<b>EFICIENCIA</b>		
<b>Eficiencia de Aplicación a Usuarios</b>	EAU = N° de usuarios que pagaron/ N° de usuarios facturados *100.	Mide el % de usuarios de los Servicios que pagan frente al total de usuarios facturados.
<b>Eficiencia de Ejecución</b>	EEP = Valores comprometidos/ Valores presupuestados *100	Es el grado de cumplimiento de los valores comprometidos con los presupuestados.
<b>Índices de Equilibrio.</b>	IE = Ingresos codificados/ Gastos codificados *100.	Verifica el principio presupuestario de equilibrio.
<b>ECOLOGIA</b>		
<b>Educación Ambiental Urbana</b>	EAU = Numero de niños capacitados en Escuelas Urbanas/ Total de niños de Escuelas Urbanas	Mide la cantidad de niños de escuelas urbanas, capacitados en educación ambiental.
<b>Porcentaje de Áreas Agrícolas</b>	PAA = Km de áreas agrícolas / Total de Km del Cantón.	Son los Km dedicados a la agricultura en relación con el total del Cantón.

<b>Porcentaje de áreas Forestales</b>	PAF = Km de áreas forestadas/ Total de Km del Cantón	Son los Km de áreas forestadas en relación con el total del Cantón.
<b>EQUIDAD</b>		
<b>Hogares pobres dirigidas por mujeres</b>	HPM = Número de hogares pobres dirigidos por mujeres /Número total de hogares pobres *100.	Es el porcentaje de hogares pobres dirigidos por mujeres en relación con el total de hogares pobres.
<b>Hogares Indígenas Dirigidos por Mujeres.</b>	HIM = Número de hogares indígenas dirigidos por mujeres /Número total de hogares indígenas *100.	Es el porcentaje de hogares indígenas dirigidos por mujeres en relación con el total de hogares indígenas.
<b>Porcentaje de Mujeres Ocupadas en Microempresas</b>	MOM = Número de mujeres ocupadas en microempresas / total de mujeres económicamente activas ocupadas * 100.	Es el porcentaje de mujeres ocupadas en microempresas, en relación con el total de mujeres económicamente ocupadas.
<b>IMPACTO</b>		
Total de jóvenes rescatado de la delincuencia por efecto del programa “juventud”		
Disminución de la tasa de mortalidad en la región Sierra por efecto del programa “salvemos vidas”		

<b>INDICADORES PRESUPUESTARIOS MUNICIPALES:</b>		
<b>Capacidad de Financiamiento del Plan de Gobierno Local</b>	CFPG = Monto de inversión ejecutada acumulada del POA/ Monto de inversión programada en el plan de gobierno * 100.	Mide la inversión realizada acumulada en relación con la inversión prevista en el plan de gobierno.
<b>Autonomía Financiera</b>	AF = Ingresos Corrientes / Gastos Corrientes.	Mide el grado de autonomía de las empresas frente a sus gastos corrientes.
<b>ECONOMÍA</b>		
<b>Cartera Vencida</b>	CV = Valor facturado - Valor Recaudado = 0	Determina el Valor recaudado de la Cartera versus lo Facturado
<b>Índice de Recaudación</b>	ER = Valor recaudado/Valor facturado *100	Permite medir la eficiencia en el cobro de tributos a contribuyentes y usuarios de los servicios frente a valores facturados.
<b>CALIDAD</b>		
<b>Modernización de la Flota de Buses</b>	MFB = Número buses sustituidos (Bus Tipo) / Total de la Flota	Mide las adquisiciones de nuevos buses tipo que modernizaron la Flota.

<b>Proceso de Servicios</b>	PS = Procesos de servicios al Cliente/Total de procesos	Mide la cantidad de procesos del servicio en relación con el total de procesos.
<b>EFICACIA</b>		
<b>Eficacia en Obras Municipales</b>	EO = Obras ejecutadas/ Obras programadas *100	Mide el porcentaje de obras realizadas por la Municipalidad en relación con lo programado.
<b>Objetivos de la entidad</b>	OM = Objetivos alcanzados / Objetivos previstos.	Nos permite conocer el nivel de objetivos corporativos alcanzados.
<b>Eficacia de Ejecución</b>	EE = Equipos de computación adquiridos/ Equipos de computación planificados para adquirir *100.	Es el porcentaje cumplimiento en la adquisición de equipos de computación.
<b>FINANCIEROS</b>		
<b>Capital de Trabajo</b>	CT = Activo Corriente – Pasivo Corriente.	Es lo que le queda ala Entidad, después de cancelar los pasivos de corto plazo.
<b>Dependencia Financiera</b>	DF = Pasivo Corriente/ Pasivo Total	Es el porcentaje de las obligaciones deben cumplirse en el corto plazo.

<b>Índice de Solvencia</b>	$IS = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}$	Es la capacidad que tiene la entidad de poder atender sus pagos en el corto plazo.
<b>Grado de Apalancamiento</b>	$GA = \frac{\text{Recursos exigibles}}{\text{Total P.}}$	Hace referencia a la utilización de recursos ajenos en la financiación.
<b>Índice de Liquidez</b>	$IL = \frac{\text{Efectivo} + \text{Inventarios Temporales}}{\text{Pasivo Corriente}}$	Considera no solo el efectivo sino además la realización del inventario para cubrir sus obligaciones de corto plazo.

**Fuente:** Eco. Teodoro Cubero (Ilustre Municipalidad de Cuenca)

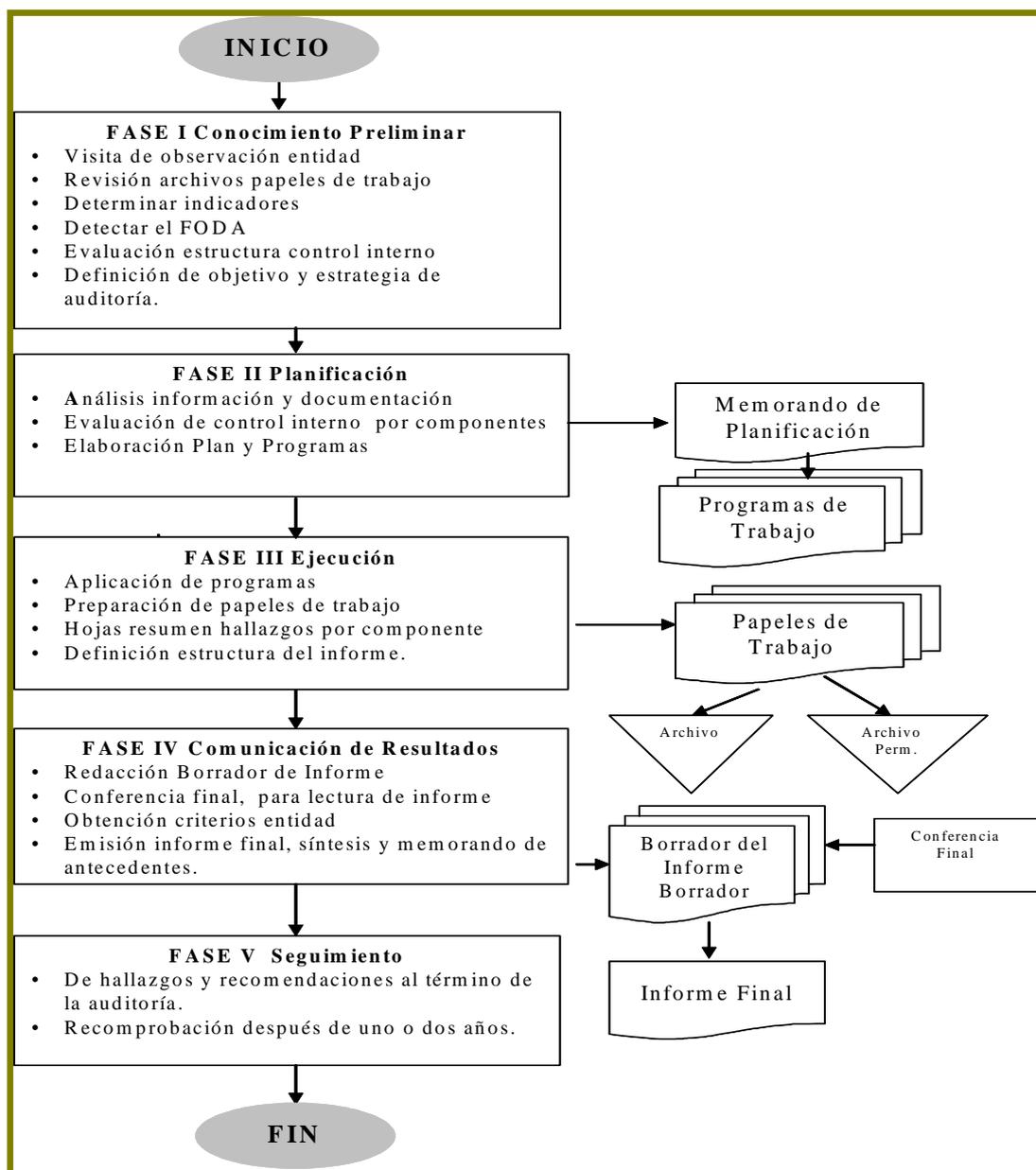
**Responsables:** Los autores.

## 2.12 Fases de la Auditoría de Gestión

La Auditoría de Gestión se rige a un riguroso proceso sistemático y profesional, en donde el auditor tiene que someter el análisis a un transcurso de eventos, planificaciones, ejecuciones, comunicaciones y seguimientos, con la única finalidad de verificar la eficiencia de la gestión de una entidad, programa o proyecto en la relación de las metas y objetivos con los que fue creado; de esta manera se da la existencia de un “*Flujo del Proceso de la Auditoría de Gestión*” dentro de dicho examen, en donde cada paso a seguirse es creado para la determinación del grado de economía y eficiencia de los recursos utilizados y de medir la calidad de los servicios, bienes u obras ofrecidos y el impacto socioeconómicos de los mismos, tanto dentro de la organización examinada como en el exterior. Así:

## “Flujo del Proceso de la Auditoría de Gestión”

Gráfica N° 07



Fuente: Manual de Auditoría de Gestión, Pág. 107

Responsables: Los autores.

### 2.12.1 FASE 1: Conocimiento Preliminar

Objetivo:

El principal objetivo de esta fase es obtener un conocimiento integral de la organización en donde se plantea el trabajo de Auditoría, realizando énfasis en la actividad del giro de la empresa.

#### **Actividades:**

- ☞ Visitar, verificar y analizar la organización en donde se realizara el estudio, en donde se determinará cual es su actividad principal.
- ☞ Revisión de los archivos de la entidad para conocer aspectos fundamentales de la misma, tales como: misión, visión, metas, P. O. A., planes estratégicos, balances con la finalidad de comprender su situación actual y posibles acontecimientos pasados que afecten a la organización.
- ☞ Establecer criterios para la evaluación en la auditoría, estos pueden ser: indicadores, papales de trabajo, entre otros.
- ☞ Realizar un F. O. D. A. para determinar impactos de la institución por comportamientos tanto internos como externos.
- ☞ Evaluar el Sistema de Control Interno que se utiliza dentro de la misma, para determinar posibles riesgos que corra la Auditoría.

Es importante mencionar que en esta etapa se deberá determinar los Componentes y Subcomponentes de la Auditoría de acuerdo a la complejidad del estudio que se pretenda realizar.

#### **Principales Formatos o Productos:**

Los formatos o productos y las actividades que se deberán obtener en esta etapa son los siguientes:

- ☞ Orden de trabajo Preliminar o Provisional.
- ☞ Cédula Narrativa de la Visita de Observación.
- ☞ Evaluación Preliminar del Control Interno.
- ☞ Objetivos, Alcance y Estrategias de la Auditoría
- ☞ Diagnóstico F. O. D. A.
- ☞ Información Importante de la Organización Auditada (Misión, Visión, Organigrama, Orgánico Funcional, etc.)
- ☞ Determinación de Componentes y Subcomponentes.
- ☞ Balances e interpretaciones.
- ☞ Indicadores de Gestión.

**Finalidad:**

Esta fase se realiza con la única finalidad de permitir un conocimiento global de la entidad para que el equipo multidisciplinario establezca una adecuada planificación, ejecución y consecución de los resultados que se plantean en la auditoría a un costo y tiempo razonable en los procesos subsecuentes a la misma.

**2.12.2 FASE 2: Planificación**

**Objetivo:**

Establecer los objetivos y las actividades para la realización de las siguientes fases del proceso de la auditoría, estableciendo los criterios y parámetros adecuados para

fundamentar los programas para los componentes determinados, así como fijar los recursos y tiempos necesarios para cumplir con los requerimientos de la misma.

**Actividades:**

- ☞ Análisis y revisión de la información obtenida en la fase anterior, con la finalidad de obtener un conocimiento integral de la organización.
- ☞ Evaluar el Control Interno en la Institución, estableciendo los riesgos en los que corre la investigación para demostrara mayor énfasis en la búsqueda de resultados en las siguientes fases.
- ☞ Elaboración de programas detallados y flexibles de acuerdo a las necesidades que se podrían presentar en el transcurso de la Auditoría, estos deberán ser realizados según los objetivos trazados en la misma.

**Principales Formatos o Productos:**

- ☞ Memorandun de Planificación
- ☞ Evaluación Específica del Control Interno por cada Subcomponente.
- ☞ Evaluación del Riesgo y la confianza.
- ☞ Matriz de Planificación y Evaluación del Sistema de Control Interno.
- ☞ Programa de Trabajo por cada Subcomponente.
- ☞ Orden de Trabajo.

**Finalidad:**

La finalidad de esta fase es establecer una planificación adecuada para elaborar la Auditoría, así como determinar los riesgos que se pueden presentar en la ejecución de la misma y establecer los principales problemas en el Sistema de Control Interno utilizado por la institución en la actualidad.

### **2.12.3      FASE 3: Ejecución**

#### **Objetivo:**

En esta etapa es donde se compone propiamente el estudio de Auditoría, entonces su objetivo principal es desarrollar los hallazgos y obtener toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada, basándose en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en etapas anteriores.

#### **Actividades:**

- ☞ Aplicación de Programas por cada componente, en donde se puede acudir a prácticas de Auditoría comúnmente utilizadas, tales como: cuestionarios, aplicación de indicadores, estadísticas, entre otras.
- ☞ Preparación de Papeles de Trabajo, en donde se reunirá toda la información relevante, competente y relevante para el estudio.
- ☞ Elaboración de Hojas de Resumen a cerca de los hallazgos significativos encontrados en el transcurso de la Auditoría.
- ☞ Establecer la Estructura del Informe Final, cuya elaboración se basara en los hallazgos encontrados.

#### **Principales Formatos o Productos:**

- ☞ Hojas de Hallazgo.
- ☞ Hojas de Resumen de los hallazgos interpretando los resultados alcanzados.
- ☞ Encuestas, Entrevistas, Gráficas, entre otras, y todos los procedimientos necesarios para comprobar tesis adquiridas durante el proceso de la Auditoría.
- ☞ Definición de la Estructura del Informe

**Finalidad:**

Realizar todos los procedimientos necesarios para sustentar las tesis adquiridas durante el transcurso de la investigación y poder realizar conclusiones y recomendaciones hacia el informe final.

**2.12.4 FASE 4: Comunicación de los Resultados**

**Objetivo:**

El principal objetivo de esta fase es elaborar el informe final, el mismo que en la auditoría de gestión difiere, pues no sólo que revelará las deficiencias existentes como se lo hacía en las otras Auditoría, sino que también, contendrá los hallazgos positivos; pero también se diferencia porque en el informe de auditoría de gestión.

**Actividades:**

- ☞ Realización de la redacción del informe de auditoría.
- ☞ Comunicación de resultados, en este procedimiento se puede realizar a través de una Conferencia Final, en donde se permitirá reforzar y perfeccionar los comentarios, conclusiones y recomendaciones, así como permitir que expresen y compartir puntos de vista.

### **Principales Formatos o Productos:**

- ☞ *Informe Final.*- a continuación detallamos por Capítulos lo que debe contener el mismo.

Carátula, Abreviaturas Utilizadas y Modelo de Carta de Presentación del Informe

#### Capítulo 1: Enfoque de la Auditoría

Motivos, Enfoque y Objetivos de la Auditoría

Componentes y Subcomponentes evaluados

Indicadores utilizados

#### Capítulo 2: Información de la Entidad

Misión, Visión, F. O. D. A. Objetivos, Base Legal

Estructura Orgánica, Financiamiento

Funcionarios Principales.

#### Capítulo 3: Resultados Generales

En este capítulo se adjuntarán todos los hallazgos encontrados de la organización auditada, incluyendo las recomendaciones y conclusiones adquiridas durante el proceso de la investigación.

#### Capítulo 4: Resultados Específicos por Componente

En este capítulo se realizarán los comentarios a los que se ha llegado después del proceso de la auditoría, brindando conclusiones y recomendaciones por cada componente examinado.

☞ *Acta de la Conferencia final.*

#### **Finalidad:**

Exponer en forma resumida, los hallazgos encontrados al transcurso de la auditoría, así como el precio del incumplimiento con su efecto económico, y las causas y condiciones para el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía en la gestión y uso de recursos de la entidad auditada.

#### **2.12.5. FASE 5: Seguimiento**

#### **Objetivo:**

Realizar un seguimiento preventivo de las recomendaciones proporcionadas por el informe de la Auditoría realizada.

#### **Actividades:**

- ☞ Realizar un seguimiento de las conclusiones, comentarios y recomendaciones brindados en el informe después de un periodo no mayor a dos meses para evaluar la consecución de los mismos.
- ☞ Determinación de responsabilidades para la ejecución de las recomendaciones vertidas en el informe.

**Principales Formatos o Productos:**

- ☞ Cronograma para el cumplimiento de recomendaciones.
- ☞ Encuesta sobre el servicio de auditoría
- ☞ Constancia del seguimiento realizado

**Finalidad:**

Realizar un seguimiento, que determine el verdadero alcance de la Auditoría realizada, con la objeto de establecer si se esta tomando en consideración las recomendaciones planteadas en el Informe Final de Auditoría.

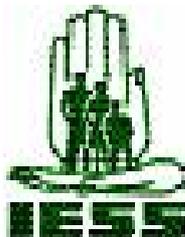
## CAPÍTULO 3

# **APLICACIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Nº 302, DEL I. E .S .S.**

## **CAPÍTULO 3**

### **APLICACIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

**No 302 DEL IEES**



#### **Introducción.**

El presente capítulo se enfoca a la auditoría misma del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tomando en consideración las cinco fases aplicables al modelo de gestión impartido dentro de la entidad; primero se conocerá de una manera detallada preliminar el funcionamiento del CAA N° 302, llegando en la finalización, la última fase, realizar un seguimiento de la auditoría realizada durante dicho proceso.

#### **3.1 Fase I: Conocimiento Preliminar**

##### **3.1.1 Orden de Trabajo preliminar de la Auditoría**

##### **Orden de Trabajo Provisional**

OFICIO: ...No1.....  
ORDEN DE TRABAJO No...001.....  
FECHA: Cuenca, 5 de diciembre de 2007



Señores

Fabián Andrés Izquierdo Toledo  
SUPERVISOR DEL EQUIPO

Karol Vannessa Ramón Calle  
JEFE DE EQUIPO

María Teresa Serrano Torres  
AUDITORA

Ciudad

De mis consideraciones:

De conformidad con el Plan de Actividades de la Unidad de Auditoría Interna para el presente año, dispongo a ustedes la realización de la “Auditoría a la Gestión al Centro de Atención Ambulatorio No 302”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El alcance del examen cubre los últimos seis meses y se relaciona con el clima organizacional (factores internos) y el análisis del entorno (factores externos) del componente recursos humanos. Así como también el conocimiento general del proceso administrativo, el cumplimiento de disposiciones legales, la misión, visión, objetivos, metas, estrategias, políticas y acciones realizadas por la Entidad, la

evolución preliminar del sistema de control interno y la determinación de componentes a base de la los objetivos y enfoque de la auditoría.

De acuerdo al cronograma de actividades, el examen se ha previsto un tiempo de duración de 60 días laborables.

El producto a obtenerse en esta fase, es realizar un conocimiento general y un diagnóstico de la Entidad, determinando las áreas de resultado clave (ARC), a base del cual se emitirá un reporte de avance de esta primera etapa.

Atentamente,

---

Karol Ramón Calle

### **3.1.2 Visita Previa**

- 1) Nombre de la Entidad, Componente,  
Programa, Proyecto CAA-302
  
- 2) Dirección: Simón Bolívar y Borrero Esquina
  
- 3) Teléfono: 2 823477
  
- 4) Fecha de creación: 25 de septiembre de 1938

- 5) Organigrama estructural: Se base en sistemas de Administración (dirección), de unidad médica.
- 6) Objetivos de la Entidad, Componente, Programa, Proyecto: Evaluar la gestión realizada en el servicio de farmacia, consulta externa y laboratorio clínico del CAA – 302 en términos de eficiencia, eficacia, ética y economía.
- 7) Información Financiera: Cuentan con un presupuesto moderado el mismo que les permite cumplir con todas sus necesidades y también existen partidas que no se utilizan (ver balances en anexos)
- 8) Sistema de Control Interno: No existe un sistema de control interno implantado

#### 9) RECURSOS Y TIEMPO REQUERIDOS

- 1) Recursos que se requieren:
- a) Humanos:
  - b) Materiales: Computadora y Suministros
- 2) Tiempo estimado:
- a) Días calendario: 37
  - b) Días laborables 27

### 3.1.3 Evaluación Preliminar del Control Interno

#### CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA No 302 DEL IESS

EVALUACION PRELIMINAR ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO  CUESTIONARIO					
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
<b>GESTION INSTITUCIONAL</b>					
1	Los fines y las actividades principales de la entidad corresponden a: Prestación de servicios? Entrega de obras? Entrega de bienes? Además en hojas adicionales describa los fines y actividades.	<b>X</b>			
2	En la entidad se ha implantado y se encuentra en aplicación la Planificación Estratégica? En caso afirmativo indique: Fecha de aprobación del documento: Período de vigencia: A quienes se divulgó:	<b>X</b>			La planificación se basa en el planteamiento de una necesidad
3	En la institución se encuentra definido:				
	Las Metas?	<b>X</b>			
	La Misión?	<b>X</b>			
	La Visión?	<b>X</b>			
	Objetivos	<b>X</b>			
	En caso afirmativo, en hojas adicionales describa.				

4	La entidad cuenta para medir resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía de parámetros e indicadores de gestión?			X	
	En caso afirmativo, obtenga documentación al respecto.				
<b>GESTION INSTITUCIONAL</b>					
5	Para medir la calidad, cantidad, grado y oportunidad la obra, el producto o servicio prestado satisface la necesidad del usuario o cliente, se realiza:  Comparación de un producto servicio con especificaciones o estándares establecidos por los usuarios?  Comparación de un producto o servicio con especificaciones o estándares reconocidos?  Encuestas o cuestionarios. En caso afirmativo, obtenga documentación al respecto.	X			
6	Para evaluar la gestión institucional se prepara los siguientes documentos:  Planes operativos?  Informe de actividades en cumplimiento de metas?  Planes direccionales y estratégicos.	X X			X
7	La entidad cuenta con un departamento de comunicación social o relaciones públicas, u otra entidad que se encarga de medir el impacto o repercusión a mediano o largo plazo en el entorno social o ambiental de los productos, obras o servicios prestados?  En caso afirmativo indique si se cuenta con:  Notas de prensa sobre el impacto en la comunidad?  Datos estadísticos o históricos sobre el deterioro ambiental, social o económico.  Encuestas o cuestionarios para medir la satisfacción de las necesidades.		X		

8	En la institución se encuentran detectadas las fuerzas y debilidades; así como las oportunidades y amenazas en el ambiente de la organización y, determinadas las acciones para obtener ventaja de las primeras y reducir los posibles impactos negativos de las segundas?	X			
	En caso afirmativo, descríbala y obtenga documentación relativa.				

### 3.1.4 Cédula Narrativa

Realizada a: Dr. José Luis Pazmiño

Cargo: Director del CCA-302

¿Que espera UD. De la Auditoría que se llevará a cabo en su Institución?

Saber que es lo que está fallando en la Institución y que me den recomendaciones técnicas y puntuales.

¿Cuál cree que debería ser la visión de la Auditoría?

100% de observación de nosotros

¿Cuáles son los problemas de la empresa?

El incumplimiento de horarios

Que existe eficiencia pero no eficacia en la prestación del servicio

El presupuesto para el próximo año va para el IESS grande

No se hace y se ejecuta el POA

Es una entidad burocrática

¿Se han realizado antes alguna auditoría?

No

Observaciones

El Director Dr. José Luis Pazmiño pide a los auditores emitir recomendaciones para:

Ayudar a la difusión de la información

Integración de los departamentos

Realizado por:

Supervisado por:

\_\_\_\_\_  
Andrés Izquierdo Toledo

\_\_\_\_\_  
Karol Ramón Calle

### **3.1.5. La auditoría de procedimientos y atención médica ambulatoria.**

Se realiza por muestreo, analizando semanalmente diez historias clínicas de similar número de pacientes atendidos en las distintas especialidades médicas, analizando sus tratamientos en base a los protocolos de atención médica vigentes, realizando las recomendaciones necesarias y tomando los debidos correctivos en caso de ser pertinente. Esta auditoría de procedimientos tiene carácter administrativo y constituye un gran apoyo para la gestión directiva en la unidad médica.

Las resoluciones del Comité son de cumplimiento obligatorio para todos los empleados y trabajadores de la unidad médica, bajo pena de sanción administrativa y/o pecuniaria, de acuerdo al reglamento interno de trabajo. Se mantiene un estudio actualizado de costos por atenciones médicas y odontológicas de la unidad, así como también de cada uno de los procedimientos realizados en servicios médicos

complementarios y en cada una de las áreas de gestión. El control del personal se lo realiza en base a registro de asistencias con un reloj digital, cuyo informe computarizado emite a fin de mes y es enviado a las oficinas de personal de la Regional.

Existe además un inventario de equipos, muebles y enseres, actualizado a mayo de 2006. Los sistemas de referencia y contra referencia están implementados, pero su funcionamiento es deficiente, por cuanto las transferencias realizadas hacia el Hospital Regional del IESS en Cuenca rara vez encuentran respuesta en la devolución de los pacientes que han sido enviados a esa unidad médica de tercer nivel para tratamiento hospitalario o de especialidades médicas con las que no se cuenta en el Dispensario Central.

El sistema de eliminación de desechos funciona adecuadamente y cumple las normativas implementadas y dispuestas desde la Dirección de Higiene y Saneamiento Ambiental de la Ilustre Municipalidad de Cuenca. Como ejemplo de la productividad de esta unidad médica se pueden tomar los datos del informe anual y estudio de costos del año 2001 en que se muestran entre los más importantes los siguientes datos:

**“Total de Atenciones Prestadas en el C. A. A. 302 en el año 2006”**

**Tabla N° 07**

<b>ATENCION EN EL CAA – 302</b>	<b>TOTAL</b>
Consultas médicas	31.233
Consultas odontológicas	2.239
Tratamientos odontológicos terminados	2.216
Pacientes atendidos en imagenología	5.272
Placas radiográficas tomadas	6.381

Iconografías realizadas	2.849
Pacientes atendidos en laboratorio clínico	5.839
Determinaciones de laboratorio realizadas	53.625
Electrocardiogramas realizados	1.735
Ergometrías (pruebas de esfuerzo )	45
Total de inyecciones aplicadas	13.945
Total de vacunas administradas	1.702
Total de recetas despachadas en farmacia general	28.160
Total de recetas despachadas a dispensarios anexos	5.175

**Fuente:** Duque G. Estudio de costos por Atención Médica Ambulatoria, Atención Odontológica y Servicios Médicos.

**Responsables:** Los autores

Programas preventivos.- Se los realiza con los grupos organizados previa una planificación de programas educativos y recreativos a cargo de Enfermería.

Con apenas 35 personas en total laborando en la unidad médica, el rendimiento y producción son óptimos, situación que ha hecho que el Dispensario Central del IESS de Cuenca sea considerado como modelo de productividad médica del Seguro Social en el País.

**“Datos sobre Costos Promedios por Consulta”**

**Tabla N° 08**

<b>SERVICIOS</b>	<b>COSTOS PROMEDIO</b>
Pediatría	7,67
Medicina General	8,83
Gineco-Obstetricia	10,48

Medicina Interna	10,99
Cardiología	13,60
Psiquiatría	21,56
Odontología	10,80
Examen Laboratorio Clínico	0,57
Por Examen Radiográfico	7,19
Por Receta Despachada	2,21

**Fuente:** Duque G. Estudio de costos por Atención Médica Ambulatoria, Atención Odontológica y Servicios Médicos.

**Responsables:** Los autores

Los Costos Promedio incluyen los valores por sueldos, fármacos, exámenes (RX / Eco / Laboratorio Clínico) y atención integral de enfermería, resultando el más alto en Psiquiatría debido a los precios elevados de los fármacos.

### 3.1.6. Diagnóstico F. O. D. A. Cruzado

Para desarrollar el cruce de variables, en primera instancia se identificaron y validaron las principales variables a analizar en los cuatro cuadrantes. En el primer cuadrante se deseaba encontrar las Oportunidades que refuercen las Fortalezas de la institución; en el segundo cuadrante, como hacer que las Oportunidades resten fuerza a las Debilidades o en todo caso como revertir estas Debilidades con las Oportunidades del contexto.

En el tercer cuadrante, se pudo analizar como Aprovechar la Fortalezas de la entidad, para hacer frente a las Amenazas, y en el cuarto cuadrante se ve la necesidad de intervenir para que las debilidades no se profundicen con las Amenazas.

Como resultado del cruce de las variables más importantes, se tiene algunas estrategias que se presentan a continuación:

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DIAGNOSTICO F.O.D.A.**

**COMPONENTE: CAA No 302**

<b>FACTORES INTERNOS</b>		<b>FACTORES EXTERNOS</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p><b>1.</b> Preparación académica a nivel Superior.</p> <p><b>2.</b> Infraestructura, capacidad instalada,</p> <p><b>3.</b> Profesionales de salud especializados.</p> <p><b>4.</b> Buena relación con proveedores.</p>	<p><b>1.</b> Falta de madurez en el talento humano</p> <p><b>2.</b> No hay comunicación, por lo que no hay difusión de la información</p> <p><b>3.</b> Hay eficiencia pero no eficacia en la prestación de servicios</p>	<p><b>1.</b> Se encuentra ubicado en el centro histórico de Cuenca lo cual permite a sus usuarios mayor facilidad de acceso.</p> <p><b>2.</b> Los afiliados a pesar de dificultades políticas y de los servicios brindados se sienten satisfechos por la atención que brinda el personal de la institución</p>	<p><b>1.</b> Competencia con hospitales privados.</p> <p><b>2.</b> Dependencia económica existente, impide realizar gestiones en búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento incluido la falta de una buena política administrativa relacionada con la autogestión.</p>

<p><b>5.</b> Potenciales pacientes que aportan con descuentos permanentes de sus remuneraciones que sustenta la continuidad en la prestación de servicios, a más del aporte del Estado.</p> <p><b>6.</b> Disponen de un buen presupuesto</p>	<p><b>4.</b> No existe una capacitación permanente a nivel de profesionales de salud.</p> <p><b>5.</b> No existe un departamento de control interno</p>	<p><b>3.</b> Reconocimiento a nivel de Organizaciones Internacionales de Salud.</p>	<p><b>3.</b> Falta de mejoramiento en la calidad de servicios de salud y atención a los usuarios, puede generar corrientes que se inclinen por un sistema de medicina privada.</p> <p><b>4.</b> Nivel de decisiones de las políticas actuales crea incertidumbre dentro de la organización.</p>
--	---	---	---

## **Estrategias Resultantes:**

### **CRUCE**

### **ESTRATEGIA**

F1O3, F3O3, D1O3

Políticas para atraer a nuevos usuarios ya que se cuenta con un reconocimiento internacional

D3O1, D3O4, D3O5, D3A1

Reforzar la eficacia en la prestación de servicios aprovechándonos de la preparación académica de cada profesional

F3O1, F3O3, F3O4

Políticas de promoción de los profesionales de salud especializados y reconocidos internacionalmente lo cual provoca que los afiliados confíen más en los servicios prestados.

F4O1, F4O2, F4A1, F4A2  
F4A3, F4A4

Políticas de relacionamiento con proveedores

F6O1, F6O4, F6O5

Mejorar y especializar la mano de obra

D1O1, D1O2, D1O3, D1A1

Mejorar la falta de madurez del talento humano

D5O1

Crear un departamento de control interno

F4A4, F5A4, D4A4

Mejorar el análisis de la toma de decisiones para evitar que políticas actuales creen incertidumbre dentro de la organización

D2O1, D2O4, D2A2

Políticas de comunicación internas y externas.

### **3.1.7. Experiencias de las Auditorías Piloto**

En las auditorías piloto ejecutadas por la Dirección de Auditoría I se determinaron componentes y subcomponentes, así como los indicadores de gestión, y se conformaron equipos multidisciplinarios, que a manera de ilustración se presenta a continuación:

#### Componentes determinados

Centro de Atención Ambulatorio No 302

CAA No 302, con los subcomponentes:

Farmacia

Laboratorio Clínico

Consulta externa

#### Componentes

Centro de Atención Ambulatorio No 302

#### Subcomponentes Disponibles:

Laboratorio clínico

Rayos X

Bodegas

Información

Vigilancia

Estación de enfermería

Electrocardiogramas

Farmacia

Consultorios

Medicina General

Psicología Clínica

Cardiología

Pediatría

Ginecología

Odontología

Psiquiatría

Medicina Interna

Administrativa

Financiero

Informática

Contabilidad

Estadística

Dirección

Costos y Facturación

Adquisiciones

### **3.1.8. Indicadores de Gestión utilizados**

Centro de Atención Ambulatorio No 302

SUBCOMPONENTE: Consulta externa

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>REF.</b>	<b>INTERPRETACION</b>	<b>UTILIDAD</b>
Cobertura afiliado al año	Primera consulta al año/ población afiliada * 100	20%	Indica que de cada 100 afiliados 20 fueron atendidos, la verdadera cobertura no debe ser inferior al 50%	Establecer la relación proporcional entre la oferta y la demanda para planificar acciones de salud
Promedio diario de consultas	No total de consultas / 250 días laborables		Es el promedio diario de consultas que en promedio se atiende	Optimizar la producción diaria durante los días hábiles
No de atención de emergencia * 100 consultas externas	Total de consulta de emergencia/ total de consulta externa* 100	14	Por cada 100 consultas externas, 14 han sido de emergencia. No debe de exceder el 10%	Racionalizar el No de atenciones en consulta externa
Concentración de consultas	Total de consultas(primeras y subsecuentes) / Total de primeras consultas	2	El médico realiza un promedio de 2 consultas para determinar una enfermedad o causa	Medir la eficacia de las atenciones, para curar una determinada enfermedad.
Promedio de consulta por médico	Total de consultas / Total de horas médico trabajado	4	El médico general proporciona 4 consultas por hora	Evaluar el rendimiento por hora del trabajo médico
			El médico trabaja 4	

Promedio diario por horas médicas trabajadas	No de horas trabajadas / No de días laborables	4	horas al día, este valor disminuirá por permisos, cursos, etc. Los médicos del hospital dividirán su tiempo para consulta externa, mitad para visita técnica y operar.	Evaluar el rendimiento del médico, en el que se comparará el número de las horas contratadas con las horas realmente contratadas.
No de médicos necesarios	Total de usuarios atendidos / No de doctores x 100			Indica el N° de médicos es necesario par cubrir función C. E.

**SUBCOMPONENTE: Farmacia**

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>REF.</b>	<b>INTERPRETACION</b>	<b>UTILIDAD</b>
Promedio de recetas despachadas por afiliado al año	No de recetas despachadas/ población afiliada	5	Cada afiliado recibe en promedio 5 recetas en un año	Programar las adquisiciones de medicamentos
Promedio recetas despachadas por C-E	No de recetas despachadas en C-E / No de consultas	2	Por cada consulta, el paciente recibe en promedio 2 recetas	Programar y evaluar la prescripción de recetas
Promedio de recetas despachadas por emergencia	No de recetas despachadas en emergencia/ No de emergencias	2	Por cada paciente de emergencia recibe en promedio 2 recetas	Programación y racionalización específica
Promedio de				

recetas preescritas por consultas en dispensarios anexos	No de recetas prescritas en anexos / Total de consultas	1	Por cada consulta el dispensario anexo se prescribe en promedio 1 receta	Programación y control específico
Porcentaje de efectivización de recetas	No de recetas despachadas / No de recetas prescritas	90%	Por cada 100 recetas prescritas, 90 deben ser despachadas	Programar la disponibilidad del stock permanente
No de personal necesario	Total de usuarios atendidos / No de personal x 100			Nos indica si el numero de personal es necesario par cubrir las funciones de farmacia

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

INDICADOR	FORMULA	REF.	INTERPRETACION	UTILIDAD
No de exámenes de afiliado al año	No total de exámenes/ población afiliada	2	Por cada afiliado se realiza como promedio 2 exámenes de laboratorio	Programar No de exámenes de acuerdo a la población afiliada
Promedio de exámenes por día laborado	Total de exámenes / 250 días	-	Conocer cuantos exámenes se realiza Por día laborado, por el personal de laboratorio	Programar No de exámenes de acuerdo a la demanda diaria

No de determinación por exámenes	No de determinaciones / No total de exámenes	2	Por cada examen de laboratorio, se realiza en promedio 2 determinaciones	Programar insumos de laboratorio de acuerdo a procedimientos
Exámenes por 100 consultas	No de exámenes realizados en consulta externa / No. De consultas *100	9	Por cada consulta 100 consultas se realiza 9 exámenes de laboratorio	Programar y satisfacer la demanda en consulta externa
Exámenes por 100 emergencias	No exámenes realizados en emergencia / No de emergencias * 100	2	Por cada 100 consultas de emergencias, se realizan 2 exámenes de laboratorio	Programar y satisfacer la demanda en emergencia
No de tecnólogos necesarios	Total de usuarios atendidos / No de tecnólogos x 100			Indica si el número de tecnólogos es necesario para cubrir las funciones del laboratorio

### 3.1.9 Evaluación del Control Interno

**CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA No 302 DEL IESS**



**AUDITORÍA INTERNA  
EVALUACION DEL CONTROL INTERNO**

<b>AMBIENTE INTERNO DE CONTROL</b>						
<b>No</b>	<b>FACTOR</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>	<b>OBSERVAC.</b>
		¿Posee la Empresa un código de ética?	<b>X</b>			
		¿Las relaciones con los empleados, proveedores, clientes, acreedores, aseguradoras, auditores, etc., se basan en la honestidad y equidad?	<b>X</b>			
		Se incorporan los códigos de ética en los procesos y en el personal.	<b>X</b>			
<b>1</b>	<b>Integridad y Valores éticos</b>	¿Los funcionarios y empleados presentan denuncias sin temor a represalias?		<b>X</b>		
		¿Hay presión por cumplir objetivos de desempeño irreales, particularmente por resultados de corto plazo y extensión, en la cual la compensación está basada en la consecución de tales objetivos de desempeño?		<b>X</b>		

		¿La filosofía y estilo de la Administración se reflejan en la forma en que establece las políticas, objetivos, estrategias su difusión y la responsabilidad de informar sobre su cumplimiento?	X			
		¿Participa la dirección a menudo en operaciones de alto riesgo o es extremadamente prudente a la hora de aceptar riesgos?		X		
		¿El Gerente y el Consejo de Administración, incentivan y comprometen a sus servidores en el cumplimiento de las leyes, ordenanzas y otras disposiciones?	X			
2	<b>Filosofía y Estilo de la Alta Dirección</b>	¿El Gerente cuida la imagen institucional?	X			
		¿La administración presenta oportunamente información financiera y de gestión?	X			La información se presenta en los primeros días de cada mes mediante datos de producción e indicadores
		El Consejo de Administración observa la ley, el estatuto y demás normas.				
		El Consejo de Administración actualiza el estatuto y las normas.		X		

3	<b>Consejo de Administración y comités</b>	El Consejo de Administración está integrado y organizado de acuerdo con el Estatuto y la ley de Cias.	X			
		El consejo brinda atención a novedades importantes y por ende a la violación de su código de ética?		X		
		¿Las comités cumplen con su labor asesora al Consejo de Administración.	X			
		¿Existe idoneidad en la estructura orgánica y funcional?	X			
		¿Existen manuales de procesos?	X			
4	<b>Estructura Organizativa</b>	¿Se identifican con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad?	X			
		¿Existe comunicación interna y externa?	X			
		Se actualiza el reglamento orgánico y funcional. (Organigramas)		X		Solo existe el principal
		¿Existe responsabilidad y delegación de autoridad?	X			.
		¿Existen normas y procedimientos relacionados con el control y descripciones de puestos de trabajo?	X			

<b>5</b>	<b>Autoridad Asignada y Responsabilidad Asumida</b>	¿El número del personal está de acuerdo con el tamaño de la entidad así como la naturaleza y complejidad de sus actividades y sistemas?	<b>X</b>			
		¿Existe un sistema de gestión del recurso humano?		<b>X</b>		
		¿Existen políticas y procedimientos para la contratación, formación, promoción y remuneración de los servidores municipales?	<b>X</b>			
		¿Se aplican sanciones disciplinarias?	<b>X</b>			
		¿Se revisan los expedientes de los candidatos a puestos de Trabajo?	<b>X</b>			
		¿Existen métodos para motivar a los empleados?		<b>X</b>		
		¿Existe comunicación de políticas, normas y sistemas al personal?		<b>X</b>		
		¿Se ha conformado el Comité de talento humano, para la evaluación del desempeño?		<b>X</b>		

6	<b>Gestión del Capital Humano</b>	¿La administración del talento humano cuenta con políticas de clasificación, valoración, reclutamiento, selección, contratación, formación, evaluación, remuneración y estímulos del persona?	X			
		¿El Gerente y los directores orientan al personal sobre la misión, visión, institucional para alcanzar los objetivos del plan estratégico y operativo, en base de un plan de motivación?		X		Área de RRHH para área médica
		¿La Empresa cuenta con un plan de incentivos en relación con los objetivos y logros alcanzados?		X		
		¿La dirección de RR.HH a identificado los requerimientos de especialización del personal en áreas técnicas y de servicio?		X		
		¿Existen políticas de responsabilidad en todos los niveles municipales y se verifica su cumplimiento?	X			
		¿Existen informes comparativos entre lo planificado y lo ejecutado?	X			

		¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión?	X			
		¿Todos los niveles de la empresa ponen a disposición de los usuarios internos y externos, la información dentro de un ambiente de transparencia	X			
7	<b>Responsabilidad y Transparencia</b>	¿Se ha instaurado una cultura de la empresa dirigida a la responsabilidad?		X		
<b>ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS</b>						
		¿La Empresa cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente, en concordancia con el plan de gobierno local?	X			
		¿La Empresa cuenta con misión, visión, objetivos y las maneras para conseguirlos?	X			
		¿Los diferentes niveles de la empresa cumplen con estos objetivos y sus respectivas estrategias?	X			
		¿El Gerente y los Directores han fijado los objetivos estrategias y operativos y se han establecido las estrategias para su cumplimiento?	X			

<b>8</b>		¿La Empresa ha formulado indicadores de gestión institucionales y por cada dirección, que permitan medir y cuantificar las metas, objetivos y actividades planificadas con lo ejecutado?	<b>X</b>			
	<b>Objetivos Estratégicos</b>	¿El POA y el presupuesto de la Empresa, son evaluados al menos trimestralmente a fin de tomar las acciones correctivas?		<b>X</b>		Se evalúa a la marcha, no puede evaluarse al modo de ellos
		¿Se ha fijado objetivos específicos (operativos, de información y cumplimiento) en los diferentes niveles y actividades municipales tales como; direcciones, unidades y secciones?	<b>X</b>			No se hace el POA con mucha frecuencia, se hace al modo de ellos
		Existe una conexión de los objetivos específicos con los objetivos y planes estratégicos de la empresa?	<b>X</b>			
		¿Existe una relación directa entre los objetivos y los procesos empresariales?	<b>X</b>			
		Se identifican factores críticos de éxito, indicadores de gestión, en cada dirección, unidad, sección, programa o proyecto y a sus integrantes.	<b>X</b>			

		¿El personal municipal participa en la propuesta de objetivos y consecución de los mismos?	X			
		¿Existe la comunicación oportuna y suficiente para comunicar los objetivos a los empleados de la empresa?				
9	<b>Objetivos Específicos</b>	¿Existe compromiso del Gerente y los directores y de todos los niveles empresariales alcanzar los objetivos cumpliendo los controles y la gestión de los riesgos?		X		
		¿Existe conocimiento de los niveles de la organización de los elementos del CORRE (COSO ERM) establecidos y de los objetivos que se espera alcanzar?		X		
10	<b>Relación entre objetivos y componentes del CORRE</b>	¿Se mantiene una visión empresarial integral sobre los objetivos estratégicos, de operación, de información y de cumplimiento con los componentes del CORRE (COSO ERM) en todos los niveles de la empresa.		X		

		¿Existe rotación de personal asignado a operaciones en funciones clave que garanticen el funcionamiento apropiado de la Empresa en la prestación de sus servicios?		X		
		¿Existe calidad de la información sobre eventos externos relacionados con los objetivos, principalmente los estratégicos y de operación?		X		
		¿Se cuenta con la supervisión adecuada para medir el grado de consecución de los objetivos en todos los niveles de la empresa.?		X		
		¿La Empresa cuenta con el apoyo del Gerente y directores de los informes de auditores internos, principalmente en lo relativo a deficiencias y recomendaciones?	X			Hace tres años que no se ha hecho y si han hecho no a este IESS
		¿La empresa ha incorporado controles en los procesos para cumplir a cabalidad con los objetivos propuestos?		X		
11	<b>Consecución de Objetivos</b>	¿Se han implantado mecanismos de calidad en la supervisión de todos los niveles administrativos.		X		

		¿Existen informes de cumplimiento de indicadores y estándares?	X			
		¿Se evalúa periódicamente el POA a fin de tomar las acciones correctivas?		X		
12	<b>Riesgo Aceptado y Niveles de Tolerancia</b>	¿Apoya el Gerente y Directores para determinar el nivel de riesgo aceptable y su tolerancia?		X		
		¿Existe fijación del riesgo aceptado para los objetivos establecidos?		X		
		¿Existe supervisión y evaluaciones internas para medir la razonabilidad de los niveles de riesgo aceptado así como su tolerancia, con base en los resultados obtenidos?		X		
		Existe atención de los directivos a los cambios ocurridos entre el riesgo aceptado y los resultados.		X		
<b>IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS</b>						
13	<b>Factores Internos y Eternos</b>	¿La Empresa cuenta con el apoyo del Consejo de Administración, para determinar los factores de riesgo internos y externos?		X		

		¿Existen mecanismos para identificar eventos de riesgos tanto internos como externos?		X		
		¿Los funcionarios y demás personal de la entidad aportan para la determinación de estos riesgos?		X		
		¿Participan los funcionarios y empleados clave en la determinación de los factores de riesgo?		X		
		¿Existe confiabilidad de la metodología utilizada para identificar eventos que puedan afectar el logro de los objetivos?	X			
		¿Los empleados y trabajadores participan en la identificación de eventos?		X		
		¿Se ha implantado técnicas para la identificación de eventos tales como: inventario de eventos, análisis interno, talleres de trabajo y entrevistas, análisis del flujo del proceso, etc.?		X		
14	<b>Identificación de Eventos</b>	¿Se han implantado técnicas para la identificación de eventos tales como: inventario de eventos, análisis interno, talleres de trabajo y entrevistas, análisis del flujo del proceso que puedan afectar el logro de los objetivos?		X		

15	Categoría de Eventos	¿Existe idoneidad de la metodología utilizada para sistematizar y ordenar los eventos identificados?		X		
		¿Existe apoyo de la administración a las acciones orientadas a categorizar los eventos relacionados con la misión de la empresa?		X		
		¿Relacionar las categorías de eventos con los objetivos.		X		
		Implantar políticas y procedimientos para informar a los servidores de la empresa, las categorías de eventos y su relación con los objetivos.		X		
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>						
		¿La Entidad cuenta con el apoyo del Gerente y directores, para planeación y ejecución de los estudios de probabilidades e impactos de los riesgos?		X		
		¿Se evalúa los riesgos periódicamente para conocer la forma en que los eventos potenciales impactan en la consecución de objetivos de la empresa?		X		

16	<b>Estimación de Probabilidad e Impacto</b>	Se evalúa los acontecimientos desde la perspectiva de la probabilidad e impacto, a base de métodos cualitativos y cuantitativos.		X		
		¿Existe idoneidad de la metodología y recursos utilizados para establecer y evaluar los riesgos?		X		
17	<b>Evaluación de Riesgos</b>	¿Se han implantado técnicas de evaluación de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos tales como: benchmarking, modelos probabilísticas y modelos no probabilísticas?		X		
		¿Existe información provista por el establecimiento de objetivos e identificación de eventos para evaluar los riesgos?		X		
		¿La documentación recopilada de los estudios efectúa dotes de calidad?		X		
		¿Existe transparencia de la información sobre los resultados de la evaluación del riesgo?		X		
		¿Existen mecanismos para identificar y reaccionar ante los cambios que pueden afectar a la empresa?		X		

		¿La información interna y externa ayuda a conocer hechos que pueden generar cambios significativos en la empresa?		X		
18	<b>Riesgos Originados por los Cambios</b>	¿Se monitorea los nuevos riesgos empresariales, originados por cambios que pueden afectar la consecución de los objetivos tales como: cambios en el entorno operacional, en el contexto económico, legal y social; nuevo personal, sistemas de información nuevos o modernizados, rápido crecimiento de la organización, tecnologías modernas, nuevos servicios y actividades, reestructuraciones internas, transacciones con el extranjero?		X		
		Implantación de mecanismos para identificar y reaccionar ante los cambios que pueden afectar a la Empresa de una forma más dramática y duradera, y que pueden requerir la intervención del Gerente y Consejo de Administración.		X		

RESPUESTA A LOS RIESGOS					
		¿Existen mecanismos para el análisis de alternativas?		X	
		¿Existe la evidencia suficiente que respalde al análisis de alternativas?		X	
		¿La administración determina la cartera de riesgos, y si el riesgo residual global concuerda con el riesgo aceptado por la Empresa?		X	
19	Categorías de Respuestas	¿La empresa ha establecido las respuestas a los riesgos identificados, tales como: evitar, reducir, compartir y aceptar los riesgos?		X	
		¿Existe apoyo de la administración en acciones orientadas al estudio de alternativas?		X	
		¿Existen mecanismos para la toma de decisiones?	X		
		¿Existe la evidencia suficiente que respalde la toma de decisiones?		X	
20	Decisión de Respuestas	¿El Gerente y Directores y el personal, tienen los conocimientos necesarios para tomar la mejor decisión?	X		



		¿Se establece una matriz que relacione los riesgos seleccionados con los controles establecidos con el objeto de brindar una seguridad razonable de que los riesgos se mitigan y de que los objetivos se alcanzan?		X		
		¿Existe apoyo de la administración para el diseño y aplicación de los controles en función de los riesgos?	X			
		¿Existen mecanismos para analizar las alternativas de controles a seleccionar?		X		
		¿El Gerente emite políticas y procedimientos de las actividades de control, en todos los niveles municipales encargados de ejecutarlos?	X			
22	<b>Principales Actividades de Control</b>	¿Las actividades de control, incluyen los controles preventivos, detectives, manuales, informáticos y de dirección?	X			

	<p>¿El Gerente, Directores y demás niveles de la empresa implantan actividades de control en función de los riesgos y objetivos, tales como: revisiones y supervisiones, gestión directa de funciones o actividades, procesamiento de la información, repetición, validación, aseguramiento, especialización funcional, controles físicos, indicadores de rendimiento y segregación de funciones?</p>	X			
	<p>¿Existe un plan estratégico de tecnologías de información que guarde relación con los objetivos institucionales y la gestión de los riesgos?</p>		X		
	<p>¿Existe apoyo del Gerente para la implantación de planes estratégicos de tecnología de información?</p>	X			
	<p>¿Se han implantado actividades de control de los sistemas de información que incluyan a las fases informatizadas dentro del software para controlar el proceso?</p>		X		

23	<b>Controles sobre los Sistemas de Información</b>	¿Se han establecido controles generales sobre la gestión de la tecnología de información, su infraestructura, la gestión de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software?		X		
		¿Se han implantado controles de aplicación relacionados con la integridad, exactitud, autorización y validez de la captación y procesamiento de datos?		X		
		¿Se han realizado controles de aplicación tales como: captación de errores en los datos, dígitos de control, listados predefinidos de datos, pruebas de razonabilidad de datos y pruebas lógicas?		X		
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>						
		¿Existen políticas empresariales relativas a la información y comunicación así como su difusión en todos los niveles?	X			Pero no hay difusión

		<p>¿Se ha establecido comunicación en sentido amplio, que facilite la circulación de la información tanto formal como informal en las direcciones, es decir ascendente, transversal, horizontal y descendente?</p>	X			
24	<b>Cultura de Información en todos los Niveles</b>	<p>¿El Gerente ha dispuesto a todo el personal la responsabilidad de compartir la información con fines de gestión y control?</p>	X			
		<p>¿Los informes deben reunir atributos tales como cantidad suficiente para la toma de decisiones, información disponible en tiempo oportuno, datos actualizados y que correspondan a fechas recientes?</p>	X			
		<p>¿La información de las operaciones sustantivas y adjetivas se produce periódicamente, y se difunden en forma sistemática a los niveles responsables de la gestión empresarial?</p>	X			

		Se comunica al personal sobre los resultados periódicos de las direcciones y unidades de operación, con el fin de lograr su apoyo, en la consecución de los objetivos empresariales?	X			
		¿Se han implantado de políticas empresariales de información y comunicación y su difusión en todos los niveles?	X			
		¿Se suministra la información a las personas adecuadas, permitiéndoles cumplir con sus responsabilidades de forma eficaz y eficiente?	X			Se le da, pero lo que no se sabe es si la gente lo lee
		¿La información empresarial constituye una herramienta de supervisión, para conocer si se han logrado los objetivos, metas e indicadores?	X			
		¿Existen sistemas y procedimientos para la integración de todas los departamentos.	X			
		¿Se ha emitido un plan estratégico de tecnologías de información que guarde relación con los objetivos empresariales y la gestión de los riesgos?	X			

26	<b>Sistemas Estratégicos e Integrados</b>	¿Existen políticas que permitan la integración de la información?	X			
		¿Los sistemas de información son ágiles y flexibles para integrarse eficazmente con la comunidad y terceros vinculados?	X			
		¿Los sistemas de información integran la totalidad de operaciones, permitiendo que en tiempo real, el Gerente Directores y demás servidores accedan a la información financiera y operativa, para controlar las actividades empresariales?	X			
		¿Existen sistemas y procedimientos que aseguran la confiabilidad de los datos?	X			
		¿Se realiza con frecuencia la supervisión de los procesos y de la información?	X			
		¿La información, además de oportuna, es confiable?	X			
27	<b>Confiabilidad de la Información</b>	¿El flujo de información en tiempo real, es coherente con el ritmo de trabajo del Gerente y Directores, evitando la “sobrecarga de información”?		X		

		¿La información es de calidad, su contenido es adecuado, oportuno, está actualizado, es exacto, está accesible?	X			
		¿La información identifica los riesgos sobre errores o irregularidades, a través de los controles establecidos?	X			
		¿Existen mecanismos de control por parte de la auditoría interna para evaluar los procesos y los sistemas de información?	X			
		¿Se comunica oportunamente al personal respecto de sus responsabilidades?	X			
		¿Se denuncia posibles actos indebidos?	X			
		¿Las autoridades toman en cuenta las propuestas del personal respecto de formas de mejorar la productividad y la calidad?	X			
		¿Existe comunicación con clientes y proveedores?	X			
<b>28</b>	<b>Comunicación Interna</b>	¿La comunicación interna sobre procesos y procedimientos se alinea con la cultura deseada por el Gerente y direcciones?	X			

		¿Los servidores de la empresa saben cómo sus actividades se relacionan con el trabajo de los demás?	X			
		¿La Unidad de Comunicación ha establecido líneas de comunicación para la denuncia de posibles actos indebidos?	X			
		¿Se ha establecido un nivel de comunicación sobre las normas éticas empresariales?	X			
		¿La empresa ha realizado reportes periódicos sobre los resultados de ejecución del POA, evaluando el avance físico de las metas y objetivos programados por cada área de operación?	X			
		¿Se comunica a terceros sobre el grado de ética de la entidad?	X			
		¿La administración toma en cuenta requerimientos de clientes, proveedores, organismos reguladores y otros?	X			
<b>29</b>	<b>Comunicación Externa</b>	¿Se actualiza permanentemente la página Web de la Empresa?	X			

		¿Los reportes periódicos internos sirven de base para la preparación de los informes de gestión del Gerente a la comunidad terminar cada periodo anual?	X			
		¿La unidad de comunicación ha implantado canales externos a los usuarios sobre el diseño o la calidad de los servicios?	X			
		¿En los mecanismos de comunicación existen manuales, políticas, instructivos, escritos internos, correos electrónicos, novedades en los tablon de anuncios, videos y mensajes en la página Web?	X			
		¿En la Comunicación a la comunidad las obras y acciones hablan más las palabras?	X			
		¿Se ha difundido al personal el compromiso de la administración en la entrega de información a los organismos de control?	X			
<b>SUPERVISIÓN Y MONITOREO</b>						
<b>30</b>	<b>Supervisión Permanente</b>	¿Con que frecuencia se compara los registros del sistema contable con los activos fijos de la entidad?	X			

		¿Se evalúa y supervisa en forma continua la calidad y rendimiento del sistema de control interno, su alcance y la frecuencia, en función de la evaluación de riesgos?	X			
		¿Las deficiencias en el sistema de control interno, son puestas en conocimiento del Gerente por la Auditoría Interna con recomendaciones para su corrección?	X			
		¿Los Directores deben definir los procedimientos para que se informe las deficiencias de control interno?	X			
		¿Se ha implantado herramientas de evaluación, que incluyan listas de comprobación, cuestionarios, cuadros de mando y técnicas de diagramas de flujo?	X			
		¿Los auditores y asesores internos y externos deben facilitar periódicamente recomendaciones para reforzar la gestión de riesgos corporativos?	X			

		¿La empresa cuenta con una estructura organizativa racional que incluya las actividades de supervisión apropiadas que permitan comprobar que las funciones de control se ejecutan y que en caso de deficiencias importantes sean identificadas?	X		
		¿Existe receptividad por parte del Gerente ante las recomendaciones del auditor interno y externo respecto de la forma de mejorar el ORRE (COSO ERM)?		X	
		¿La empresa realiza auto evaluaciones del Control Interno a base de la estructura del CORRE (COSO ERM)?		X	
31	<b>Supervisión Interna</b>	¿Se ha Tomado en cuenta resultados de auditorías anteriores?		X	Nunca se ha hecho una
		¿Existe planes de acción correctiva?		X	
		¿Además de la supervisión por parte de la administración como parte de los procesos establecidos, las evaluaciones del CORRE (COSO ERM) se han ejecutado por la Unidad de Auditoría Interna, como asesoría a la Gerencia?		X	

		¿La Auditoría Interna accede a la información sin restricción para que actúe con oportunidad?		X		
		¿Existe apoyo a la UAI para que oriente sus actividades a la evaluación de riesgos importantes, relacionados con actividades que generan valor?		X		
		¿Existe apoyo del Gerente y Directores a la ejecución del POA de Auditoría Interna?.		X		
		¿Las autoridades toman atención a los informes de auditores internos, externos y SRI?		X		
		¿Existen planes de acción correctiva y el grado del cumplimiento del mismo?		X		
32	<b>Supervisión Externa</b>	¿Existe coordinación entre auditores internos y externos?		X		
		¿El Gerente y Directores disponen el cumplimiento inmediato y obligatorio de las recomendaciones de los informe de auditoría interna y externa?		X		

Preparado por:

Supervisado por:

Andrés Izquierdo Toledo

Karol Ramón Calle

Fecha:

7 de Diciembre de 2007

### **3.1.10. Objetivos, Alcance y Enfoque de la Auditoría**

#### **3.1.10.01 Objetivo General de la Auditoría**

Evaluar la gestión realizada en el servicio de farmacia, consulta externa y laboratorio clínico del CAA – 302 en términos de eficiencia, eficacia, ética y economía.

#### **3.1.10.02 Objetivos Específicos de la Auditoría**

- Determinar la ética de los médicos y demás personal que trabajan en estas áreas, es decir evaluar su conducta institucional versus normas profesionales, legales y consuetudinarias.
- Determinar el grado en el que servicio está cumpliendo sus objetivos establecidos, planteados, expresados en términos de calidad, cantidad, tiempo, etc.
- Verificar si los equipos e insumos que posee el CAA – 302 se han adquirido en forma económica y si estos han sido utilizados eficientemente.
- Determinar el grado de comunicación de objetivos y plan estratégico de la institución hacia sus empleados y usuarios.
- Determinar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable al área examinada.

#### **3.1.10.03 Alcance de la Auditoría**

La auditoría se realizará al servicio prestado por CAA-302 cuyos subcomponentes elegidos son farmacia, Consulta externa y Laboratorio, desde el 5 de diciembre del 2007 hasta el 10 de enero del 2008

### **3.1.11. Carta Resumen de los Resultados de la Evaluación del Control Interno.**

OFICIO: ...No2.....

FECHA: Cuenca, 8 de diciembre de 2007



Señorita:

Karol Vannessa Ramón Calle  
JEFE DE EQUIPO

Ciudad

De mis consideraciones:

De conformidad con el Plan de Actividades de la Unidad de Auditoría Interna para el presente año, se realizó la “Evaluación del Control Interno” al Centro de Atención Ambulatorio No 302”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en calidad de una entrevista al Director de dicha entidad, Doctor José Luis Pazmiño.

El alcance de esta encuesta arrojó las siguientes conclusiones:

- ☞ Existe un plan estratégico, por lo que la misión y visión de la entidad se encuentran claramente definidas.
- ☞ Existen evaluaciones al desempeño de los empleados ya que utilizan indicadores o parámetros de comparación.

- ☹ No existen manuales de funciones establecidas.
- ☹ Se tiene definidas políticas para la contratación de médicos, la selección y reclutamiento de enfermeras y auxiliares.
- ☹ La institución posee un código de ética.
- ☹ No existe un FODA
- ☹ Poseen los medicamentos e insumos médicos necesarios para brindar el servicio, y se da un mantenimiento eficaz a los equipos que conservan en la entidad.
- ☹ Existe un POA pero no se ejecuta
- ☹ Nunca antes se había llevado a cabo una Auditoría de Gestión
- ☹ No existe difusión de la información, por lo que no hay integración en los departamentos.
- ☹ Poco conocimiento del personal en cuanto a políticas empresariales, por la falta de orientación del director hacia sus empleados.
- ☹ Existe temor a denuncias y se aplican sanciones.
- ☹ No hay un seguimiento del servicio ofrecido
- ☹ La Planificación Estratégica se basa en el planteamiento de una necesidad.
- ☹ Existe eficiencia pero no eficacia en el servicio brindado.
- ☹ Falta de madurez laboral por parte del personal, por lo que existe un bajo rendimiento.
- ☹ Escasez de cursos de capacitación del personal.

De la misma manera, se pueden dar algunas recomendaciones iniciales tales como las a que se anotan a continuación:

- ☞ Establecer un manual de funciones, en el que conste las actividades más importantes de todos los empleados, así como los procedimientos básicos para efectuar un servicio que goce tanto de efectividad como de eficacia.
  
- ☞ Realizar lo más pronto posible un estudio F. O. D. A. con los directivos de la entidad.
  
- ☞ Ejecutar el P. O. A. en todas sus instancias, para determinar la eficacia del mismo así como su cumplimiento.
  
- ☞ Realizar por lo menos una Auditoría de Gestión cada dos años, con la finalidad de establecer la efectividad de los procesos realizados en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302.
  
- ☞ Efectuar una reunión con los médicos de las diferentes áreas, para determinar los mejores mecanismos hacia el seguimiento de sus pacientes.
  
- ☞ Implementar de mejor manera una cartelera de información tanto interna como externamente, así se logrará una mejor integración entre los departamentos, como el conocimiento de planes, metas, etc. Institucionales.
  
- ☞ Realizar cursos de capacitación hacia el personal que labora en la organización, los que ayuden a una captación de madurez profesional en los mismos, así como innovar con prácticas y procedimientos en la rama de la medicina.

Lo mencionado anteriormente se anota como producto de la “Evaluación de Control Interno”, y se complementará posteriormente con los estudios subsecuentes de la Auditoría de Gestión.

Atentamente,

---

Andrés Izquierdo Toledo

### 3.1.12. Gestión Actual

Evidentemente la gestión realizada por el actual Director del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 es gratificante debido a que la situación del CAA-302 ha cambiado notablemente, sobre todo es su aspecto físico, pues como muestran las fotos que se presentan a continuación, este centro de salud cuenta ahora con una señalización e higiene adecuada en cada uno de sus departamentos.

Los cambios que el CAA – 302 que ha presentado han sido notables, sobre todo desde la llegada del actual director el Dr. José Luis Pazmiño. A continuación se muestran las fotos de 2 años atrás.

#### “Tuberías Año 2005 del CAA N° 302”

#### Gráfica N° 08



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

Las tuberías presentaban un alto grado de oxidación, una característica impropia de un centro de salud, actualmente las tuberías han sido cambiadas y se les da un mantenimiento oportuno.

### “Puerta Principal, Año 2005 del CAA N° 302”

Gráfica N° 09



Fuente: Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

La señalización era pésima, ahora cada lugar del CAA – 302 tiene nombre y flechas para seguir desde la planta baja. La sala de espera era antihigiénica e incómoda, actualmente se han pintado las paredes, se han cambiado las sillas y se ha colocado televisores en todas las salas, para la comodidad del usuario.

### “Señalización y paredes, año 2005 del CAA N° 302”

Gráfica N° 10



Fuente: Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

El CAA N° 302, ha presentado grandes cambios físicamente entre los que se puede nombrar: todo el centro ha sido repintado, se han adquirido nuevos activos, anaqueles, equipos de computación, muebles, etc., como sillas para cada departamento, se ha incorporado muebles de primera calidad, igualmente en cada una de las áreas del Centro de Salud, así por ejemplo, se ha reemplazado la alfombra antihigiénica por una nueva, y se ha contratado más personal de aseo para que estén limpiando la institución constantemente.

En conclusión, físicamente el Centro de Atención Ambulatorio ha cambiado, se ha repintado todo el edificio, se han comprado activos, se han hecho mejoras en sus infraestructuras, con la única finalidad de brindar un mejor servicio al afiliado.

### **“Infraestructura, Año 2007 del CAA N° 302”**

#### **Gráfica N° 11**



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

## **3.2. FASE II: Planificación**

### **3.2.1 Orden de Trabajo.**

OFICIO: N° 003

ASUNTO: Orden de Trabajo No. 001



FECHA: Cuenca, 11 de diciembre del 2007

Señor

Andrés Izquierdo Toledo

JEFE DE EQUIPO

Ciudad.-

De mis consideraciones:

De conformidad con en informe de avance de la primera fase del **Centro de Atención Ambulatoria N° 302**, perteneciente al **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social** se ha determinado los componentes y áreas de resultado clave que se relaciona con los procesos de:

- **Farmacia**
- **Consulta Externa, y;**
- **Laboratorio**

Con tales subcomponentes dispongo a usted la ejecución de la planificación y de las demás etapas del examen que se deriven de dicho estudio.

Una vez concluido la evaluación del control interno por cada componente, deberá elaborarse un informe que contendrá, las deficiencias así como las alternativas de solución, para conocimiento del Director Doctor José Pazmiño y Consejo de Administración, para su aplicación.

Igualmente, la fase de ejecución de las áreas críticas deberá ser sustentada con indicadores y estándares; a base del cual se emitirán las sugerencias que serán puestas en marcha en lo posible antes de la conclusión del trabajo.

Para la emisión de las alternativas de solución y puesta en marcha de los cambios sugeridos; es menester que, se defina los responsables de las acciones a seguir, su costo, la meta a alcanzarse y el impacto de satisfacción, tanto de los clientes internos y externos en el área de recursos humanos. El tiempo que se asigna para esta labor es de 30 días laborables a partir de esta fecha.

Atentamente,

---

AUDITOR GENERAL

Karol Ramón Calle

### 3.2.2 Evaluación específica del Control Interno por Sub Componentes.

#### 3.2.2. 01 Evaluación Específica del Control Interno.- Consulta Externa



	<b>Empresa: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</b> <b><u>EVALUACION ESPECIFICA DE CONTROL</u></b> <b><u>INTERNO</u></b>	<b>Hoja No.</b>
<b>Tipo de examen:</b> Auditoría De Gestión <b>Componente:</b> C. A. A. N° 302 <b>Sub componente:</b> Consulta Externa		

No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	N/A	
1	¿Se mantiene un área reservada de turnos para la consulta externa?		No		<i>No existe reserva de turnos, se los hace diariamente.</i>
2	El trabajo específico de la unidad de reserva de turnos corresponden a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción de llamadas</li> <li>• Atención personal</li> </ul>	Si	No		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso en un sistema de turnos</li> <li>• Impresión de documentos previa a una historia médica</li> </ul>	Si			
3	¿Se ha realizado evaluaciones periódicas para determinar si el sistema de reserva de turnos es el más adecuado?		No		
4	¿Se realizan reservas de turnos en forma personal por medio de las ventanillas de atención?	Si			
5	¿Existe una planificación de carga horaria para los profesionales de la salud?	Si			
6	¿Se emiten reportes de producción de atención por especialidad y profesional de consulta externa, está controlada?	Si			

	El coordinador de Consulta Externa esta encargado de realizar la supervisión de los médicos respecto a la carga horaria, producción, comités y otros, caso contrario indique cual es el funcionario encargado de esta labor		<b>No</b>		<i>La subdirección</i>
<b>8</b>	¿Se mantiene el sistema de referencia y contrarreferencias para la atención de los clientes, en caso contrario determine las causas?	<b>Si</b>			
<b>9</b>	¿Verifique si existe un consultorio de medicina familiar que determine el tipo de patología y la designación de los especialistas?		<b>No</b>		
<b>10</b>	Realice una visita a la unidad de consulta externa y verifique:				
	• Espacio Físico adecuado	<b>Si</b>			
	• Señalización suficiente que permita al usuario desplazarse a lo largo de todo el centro de salud	<b>Si</b>			
	• Condiciones apropiadas de seguridad	<b>Si</b>			
	• Condiciones apropiadas de higiene	<b>Si</b>			
	• Comodidad y seguridad para los pacientes en espera	<b>Si</b>			

	• Equipos médico sub utilizados		<b>No</b>		
<b>11</b>	¿Se mantiene un stock en insumos médicos necesarios?	<b>Si</b>			
<b>12</b>	¿Existe un estudio adecuado que permite saber cuantos pacientes designan para cada médico?	<b>Si</b>			
<b>13</b>	¿Se han implementado los controles necesarios en caso de ausencia de los profesionales?		<b>No</b>		<i>Si falta una persona no existe atención en esa área.</i>
<b>14</b>	¿Las condiciones de seguridad e higiene del servicio de consulta externa son adecuadas?	<b>Si</b>			
<b>15</b>	¿Existe un seguimiento posterior de los pacientes?		<b>No</b>		<i>Solo en tras grupos de pacientes hipertensos, diabéticos y natalidad en los niños o en la terapia de recepción hormonal.</i>
<b>16</b>	¿Los equipos que poseen son óptimos y modernos?	<b>Si</b>			
<b>17</b>	¿Existe un control de ingresos y salida del personal?	<b>Si</b>			<i>Mediante reloj digital</i>
<b>18</b>	¿Existe visitas domiciliarias realizadas a los pacientes postrados y asilos de ancianos?	<b>Si</b>			
<b>19</b>	¿Existe charlas educativas de prevención de salud?	<b>Si</b>			

### 3.2.2. 02 Evaluación Específica del Control Interno.- Farmacia



	<b>Empresa: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</b> <b><u>EVALUACION ESPECIFICA DE CONTROL</u></b> <b><u>INTERNO</u></b>	<b>Hoja No.</b>
	<b>Tipo de examen:</b> Auditoría De Gestión <b>Componente:</b> C. A. A. N° 302 <b>Sub componente:</b> Farmacia	

No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
1	¿Son atendidas las personas de acuerdo a un turno u otro mecanismo?		<b>No</b>		<i>El médico otorga la receta al paciente y mediante el sistema va a farmacia y lo autorizan a que el paciente sea atendido.</i>
2	¿Se lleva un control específico de los medicamentos?	<b>Si</b>			<i>Son mecanismos de control tanto físicos como mecánicos por el sistema que utilizan.</i>
3	¿Los medicamentos son almacenados con ciertos parámetros de seguridad?	<b>Si</b>			
4	¿Las personas que atienden en farmacia son especialistas en esta área de la medicina?	<b>Si</b>			

5	¿Las funciones que desempeñan los empleados dentro del departamento son evaluadas?	Si			
6	¿Existe una planificación estratégica dentro de este departamento?	Si			
7	¿Cree usted que existen muchos trámites para solicitar los medicamentos?		No		
8	¿Cree que los controles que existen dentro de su departamento son los suficientes?	Si			
9	¿Los medicamentos existentes en farmacia son de excelente calidad?	Si			<i>Los medicamentos tienen que ser de acción farmacéutica comprobada.</i>
10	¿Mantiene la farmacia una relación estrecha con los proveedores?		No		<i>Solamente el Comité de Adjudicación (Director, Vocales, Economista, Etc) pero no el personal de la farmacia</i>
11	¿Existe un concurso antes de adjudicar la compra de medicamentos a un proveedor?	Si			
12	¿Los medicamentos caducados son almacenados?		No		<i>No existe caducidad, ya que tres meses antes se los devuelve a los proveedores.</i>

13	¿El espacio físico de su departamento es funcional?	Si			
14	¿Existe el suficiente personal en el área para la atención al usuario?		No		<i>2 Personas; 1 farmacéutico y un auxiliar.</i>
15	¿Se realiza con frecuencia verificaciones de los medicamentos con fines de control en cuanto a calidad, caducidad e higiene?		No		<i>2 veces en el mes.</i>
16	¿Se elaboran reportes en tiempos determinados acerca del desenvolvimiento del departamento hacia el director?		No		<i>Por ejemplo: si son ampollas se miden la Temperatura , si tienen el sello del IESS, Registro sanitario, etc.</i>
17	¿Se toman las medidas de seguridad necesarias al momento de la llegada de los medicamentos?	Si			
18	¿Se realizan seguimientos de los pacientes para determinar la eficiencia del uso de los medicamentos?	Si			
19	¿Cuenta con lo materiales y equipos necesarios para el normal desenvolvimiento del departamento?	Si			

20	¿Cree usted que el usuario es satisfecho completamente al momento que llegan a la farmacia?	Si				
21	¿El personal del área cumple con los horarios específicos de la institución?	Si				
22	¿Existe la suficiente información al usuario acerca de los beneficios que ofrece la farmacia?	Si				
23	¿Existe la debida comunicación con los otros departamentos de la organización?			NS		<i>Mas o Menos</i>
24	¿Cree usted que en el departamento de farmacia le hace falta algo para pretender la perfección del servicio?	Si				<i>Personal</i>
25	¿Al fin de año se evalúa la gestión institucional en cuanto al desenvolvimiento del departamento?		No			
26	¿Cree usted que tiene problemas graves la farmacia?	Si				<i>Personal y una conexión con el sistema informático con el Hospital</i>

### 3.2.2. 03 Evaluación Específica del Control Interno.- Laboratorio

		<b>Hoja No.</b> _____		
<b>Empresa: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social</b> <b><u>EVALUACION ESPECIFICA DE CONTROL</u></b> <b><u>INTERNO</u></b>				
<b>Tipo de examen:</b> Auditoría De Gestión <b>Componente:</b> C. A. A. N° 302 <b>Sub componente:</b> Laboratorio				
No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS		COMENTARIOS
1	¿Para la atención, se mantiene un sistema de turnos?	Si		
2	¿Considera que este sistema de turnos es eficaz y eficiente?	Si		
3	¿Las condiciones de seguridad e higiene del servicio del laboratorio son los adecuados?	Si		
4	¿Observe si el servicio de laboratorio se encuentra con equipos, instrumental e insumos óptimos?		No	<i>Faltan equipos</i>
5	¿Son evaluadas las funciones, actividades y tareas de los profesionales? Con que frecuencia.	Si		<i>Si pero no se lo informan al personal</i>

<b>6</b>	¿Se elabora reportes de producción del servicio de laboratorio? ¿Con qué periodicidad?	<b>Si</b>			<i>Diario y mensual</i>
<b>7</b>	Verifique si el servicio cuenta con los especialistas suficientes, que permitan brindar atención eficiente, oportuna y de calidad.		<b>No</b>		<i>Si les hace falta personal, ya que ellos hacen lo humanamente posible para cumplir a cabalidad de las exigencias de los usuarios.</i>
<b>8</b>	¿Los equipos que posee la entidad gozan de tecnología actualizada y se realiza un mantenimiento preventivo?	<b>Si</b>			<i>Se hace un mantenimiento mensual de los equipos que poseen.</i>
<b>9</b>	¿El servicio de laboratorio brindado satisface al usuario?	<b>Si</b>			<i>Se trabaja al día.</i>
<b>10</b>	¿El personal de esta área tiene un conocimiento del plan estratégico de la entidad?	<b>Si</b>			

<b>11</b>	¿El personal cumple con los horarios establecidos en el reglamento interno?	<b>Si</b>			
<b>12</b>	¿Se toman todas las medidas de seguridad al momento de tener contacto con los usuarios?	<b>Si</b>			
<b>13</b>	¿Los instrumentos y suministros utilizados son de calidad?	<b>Si</b>			
<b>14</b>	¿Existe la suficiente información sobre los servicios que brinda el laboratorio?	<b>Si</b>			
<b>15</b>	¿Hace falta un auxiliar de oficina o un tecnólogo?	<b>Si</b>			

### 3.2.3. Evaluación del Riesgo y Confianza.



Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

Muestra Seleccionada: 10 Medicamentos

Ubicación de Medicamentos

1/3

Medicamento	Buen Estado	Localización Visible	Evaluación Adecuada	Licitación Optima	Temperatura Optima
Atenol	/	/	/	/	/
Dovan	/	/	/	/	/
Buscapina	/	/	/	/	/
Clantine	/	/	/	/	/
Distron	/	/	/	/	/
Mejoral	/	X	X	X	X
Sevion	/	X	X	X	/
Plusval	/	/	/	/	/
Vinitron	X	/	/	/	/
Simepar	X	X	/	/	X
	8	7	8	8	8

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

2/3

El proceso de visualizar el estado óptimo de los medicamentos es eficiente y segura.	10	8
Los medicamentos están ubicados en lugares Visibles.	10	7
Cada medicamento tiene una evaluación adecuada.	10	8
Para la adquisición de medicamentos existe un Proceso que conduzca a la compra de un fármaco con excelente calidad y economía.	10	9
La temperatura en donde se ubican los medicamentos es la correcta.	10	8
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>40</b>

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{40}{x} \times 100$$

PT

76-95

$$NC = 80\%$$

CONFIANZA

ALTA

2. RIESGO

BAJO

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Atención a pacientes que acuden a Farmacia

1/3

Pacientes	Disponibilidad Medicamentos	Atención Rápida	Atención Amable	Sala De Espera	Señalización
1	/	X	X	/	X
2	/	/	/	/	X
3	X	/	/	/	/
4	/	X	X	/	X
5	/	/	/	/	X
6	/	X	/	/	/
7	X	X	/	/	X
8	/	X	/	/	/
9	/	X	X	/	/
10	/	/	/	/	X
	8	4	7	10	4

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

2/3

Existe la disponibilidad de todos los Medicamentos.	10	8
La atención es rápida en las diferentes Áreas del C.A.A. N°302	10	4
La atención del personal del C.A.A N° 302 es amable.	10	7
Existe una sala de espera a la disposición del Usuario antes de hacerse un procedimiento.	10	10
Existe la señalización suficiente para informar Al público de las diferentes áreas que dispone El centro.	10	4
TOTALES	50	33

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{PT} \times 100$$

$$NC = \frac{33}{50} \times 100$$

PT

50

$$NC = 66\%$$

2. CONFIANZA

MODERADA

3. RIESGO

MODERADA

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

Muestra Seleccionada: 10 Medicamentos

Proceso de inspección de los fármacos

1/3

Medicamento	Registro Unitario	Kardex Unitario	Registro Sanitario	Larga Fecha De caducidad	Marca Excelente
1	/	X	/	/	/
2	/	/	/	/	/
3	/	/	/	X	/
4	/	/	/	/	/
5	/	X	/	X	X
6	/	/	/	X	/
7	/	/	/	/	/
8	/	/	/	/	/
9	/	X	/	/	/
10	/	X	/	/	X
	10	6	10	7	9

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

2/3

Los medicamentos con los que cuenta la Farmacia poseen un registro único dentro Del sistema del centro de salud	10	10
Existe un kardex o un sistema único para Cada medicamento disponible.	10	7
Todos los medicamentos poseen un registro Sanitario.	10	10
Los medicamentos con los que cuentan la Farmacia poseen un periodo de caducidad Largo	10	7
Los medicamentos con los que cuentan son De excelente calidad, así estos sean genéricos	10	9
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>44</b>

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{44}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 88\%$$

2.- CONFIANZA

ALTA

3.- RIESGO

BAJO

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

Muestra Seleccionada: 10 Medicamentos

Proceso de compra de los medicamentos

1/3

Medicamento	Concurso Preliminar	Aceptación X Costo	Aceptación X Calidad	La junta lo Aprueban	Jefe de Área Aprueba
1	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X
3	X	X	/	X	X
4	X	/	X	X	X
5	X	/	X	X	X
6	X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	X
8	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	X
10	X	X	X	X	X
	10	8	9	10	0

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

2/3

Existe un concurso preliminar para la compra De medicamentos.	10	10
Los medicamentos adquiridos se compran De acuerdo al costo	10	8
Los medicamentos adquiridos se compran De acuerdo a la calidad.	10	9
Existe una Junta que aprueba la adquisición De los medicamentos.	10	10
La persona encargada de la farmacia aprueba La compra de los medicamentos.	10	0
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>37</b>

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{PT} \times 100$$

$$NC = \frac{37}{50} \times 100$$

PT

50

$$NC = 74\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Atención al Usuario

1/3

Pacientes	Seguridad Higiene	Personal Necesario	Equipos Suficientes	Espacio Apropiado	Turnos
1	/	/	/	/	X
2	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/
4	/	X	X	/	/
5	/	/	/	/	X
6	/	/	X	X	X
7	/	X	X	X	/
8	/	/	/	/	/
9	/	/	/	/	/
10	/	X	/	/	X
	10	3	3	8	6

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

El proceso de atención en el laboratorio inicia una vez entregados los turnos.	10	10
La seguridad e higiene que brinda el servicio de laboratorio son satisfactorios.	10	3
Existe el personal necesario para la atención al usuario	10	3
Cuenta con los equipos suficientes y tecnología de punta	10	8
El espacio es apropiado para dar comodidad al usuario y al Personal	10	6
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>40</b>

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{31}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 62\%$$

2. CONFIANZA

MODERADA

3. RIESGO

MODERADA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Recepción de muestras en el laboratorio

1/3

Pacientes	Disponibilidad Medicamentos	Atención Rápida	Atención Amable	Sala De Espera	Señalización
1	X	/	/	/	X
2	X	/	/	/	X
3	/	X	/	/	X
4	/	/	/	/	X
5	/	/	/	X	X
6	X	X	/	X	X
7	/	/	/	/	/
8	/	/	/	X	/
9	X	/	/	X	X
10	/	/	/	/	X
	6	8	10	6	2

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

Existe la disponibilidad de todos los Medicamentos.	10	6
La atención es rápida en las diferentes Áreas del C.A.A. N°302	10	8
La atención del personal del C.A.A N° 302 es amable.	10	10
Existe una sala de espera a la disposición del Usuario antes de hacerse un procedimiento.	10	6
Existe la señalización suficiente para informar Al público de las diferentes áreas que dispone El centro.	10	2
TOTALES	50	32

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{32}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 64\%$$

2. CONFIANZA

MODERADA

3. RIESGO

MODERADA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Entrega de resultados

1/3

Pacientes	Facilidad de Turnos	Envases Adecuados	Seguridad Para Muestras	Entrega oportuna De los resultados	Seguimiento Al paciente
1	X	/	/	X	X
2	X	/	/	/	X
3	/	X	/	X	/
4	/	/	/	X	/
5	X	/	/	/	X
6	/	/	/	/	X
7	/	/	/	/	X
8	X	X	/	X	X
9	/	/	/	/	X
10	/	/	/	/	X
	6	8	10	6	2

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

Existe la facilidad del otorgamiento de turnos para los Exámenes en el laboratorio.	10	6
Se dan lo envases suficientes y adecuados al paciente Para la captación de las muestras.	10	8
Existe la respectiva seguridad para la obtención de las Muestras de sangre.	10	10
Los resultados del laboratorio se entregan oportunamente.	10	6
Se da un seguimiento al paciente luego de entregados los Exámenes.	10	2
TOTALES	50	32

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{32}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 64\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Proceso en la entrega de resultados

Pacientes	A Tiempo	Resultados	Rapidez en	Archivo de
	Oportuno	Eficientes	Cons. Ext.	Los resultados
1	X	/	X	/
2	X	/	X	/
3	/	X	/	/
4	/	/	/	/
5	X	/	X	/
6	/	X	X	/
7	/	X	/	/
8	X	/	X	/
9	X	/	X	/
10	X	X	X	/
	4	6	3	10

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

Se entregan los resultados en un tiempo oportuno	10	4
Los resultados arrojados en los exámenes en laboratorio Son eficientes.	10	6
Una vez entregados los exámenes, se da una rápida atención De consulta al usuario.	10	3
Se mantiene un registro y respaldo de los resultados en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302	10	10
<b>TOTALES</b>	<b>40</b>	<b>23</b>

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{23}{x} \times 100$$

PT

40

$$NC = 57.5\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Muestras de Laboratorio

Proceso de Evaluación de las Muestras del Laboratorio.

1/3

Muestras	Organización De las muestras	Identificació n De las Muestras	Espacio Suficiente	Evaluación Necesaria	Resultados Confiables
1	/	/	/	/	X
2	/	/	x	/	/
3	/	/	X	/	/
4	/	/	/	/	/
5	X	/	/	/	X
6	/	/	/	/	X
7	X	X	X	/	X
8	X	X	X	/	/
9	/	/	/	/	X
10	/	/	/	/	/
	7	8	6	10	5

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

Existe una adecuada organización de las muestras del Laboratorio.	10	7
Cada muestra esta claramente identificada.	10	8
Cada muestra cuenta con un espacio adecuado en el Laboratorio del Centro de Atención	10	6
Cada muestra pasa por un sistema minucioso y eficaz De evaluación dentro del laboratorio.	10	10
Los resultados de las muestras son el 100% confiables	10	5

TOTALES	50	36
---------	----	----

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1.- VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{36}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 72\%$$

2.- CONFIANZA

ALTA

3.- RIESGO

BAJA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

Muestra Seleccionada: 10 Empleados

Proceso de la comunicación entre los departamentos.

1/3

Empleados	Juntas	Paseos de Integración	Cartelera de Información	Conocimiento De Ventajas	Conocimiento de Desventajas
1	/	/	/	/	X
2	/	/	X	/	X
3	X	/	/	X	/
4	/	/	/	X	/
5	/	/	X	X	/
6	X	/	X	X	/
7	/	/	/	/	X
8	X	/	/	X	X
9	X	/	/	X	/
10	/	/	/	X	/
	6	10	7	3	6

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

2/3

Existen juntas entre los departamentos que ayuden a Desarrollar la comunicación organizacional.	10	6
Se realizan paseos de integración que fomenten la Unión entre las personas de la entidad.	10	10
Dispone de un cartelera de información en donde se Detalle lo que ocurre dentro de cada Departamento.	10	7
Esta usted enterado de las acciones que se realizan Dentro de cada departamento.	10	3
Sabe usted las ventajas y desventajas de los departamentos Que conforman el centro de salud.	20	8
<b>TOTALES</b>	<b>60</b>	<b>34</b>

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

3/3

1.- VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{34}{x} \times 100$$

PT

60

$$NC = 68\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302  
Subcomponente: Consulta Externa  
Muestra Seleccionada: 10 Pacientes  
Proceso de atención al usuario.

1/3

Pacientes	Satisfacción De usuario	N° de Médicos Necesarios	Mantenimiento De equipos	Espacio Físico Apropiado	Seguimiento posterior Del paciente
1	X	/	/	X	/
2	/	X	/	X	X
3	/	X	/	X	/
4	/	/	/	X	X
5	/	/	/	X	X
6	/	/	/	X	/
7	/	X	X	X	X
8	/	/	/	X	X
9	/	/	/	X	X
10	X	/	/	/	/
	8	7	9	1	4

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta

Externa

2/3

Le satisface como usuario la atención que brinda el Centro de Atención Ambulatorio N° 302	10	8
El número de médicos es el suficiente para atenderle	10	7
Existe un mantenimiento de los equipos	10	9
Existe un espacio físico apropiado	10	1
Existe un seguimiento posterior al paciente	20	4

TOTALES	50	29
---------	----	----

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{29}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 58\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



**EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA**  
**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

Muestra Seleccionada: 10 Enfermeras

Proceso de Registro del Paciente

1/3

Enfermeras	N° de Historial Por Paciente	Pérdidas de l Los Historiales	El Médico envía a  Tiempo la documentació n	Existen registros  Para cada paciente	Acceso Entrevista con los pacientes y a sus historiales .
1	/	X	/	/	/ X
2	/	X	/	/	/ X
3	/	/	/	/	/ /
4	/	/	/	X	/ /
5	/	/	/	/	/ X
6	/	X	X	/	/ /
7	/	/	X	/	X /
8	/	/	/	/	/ /
9	/	/	/	/	/ X
10	/	/	/	/	X X
	10	7	8	9	8 5

Fecha: 14 de diciembre del 2007



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta

Externa

2/3

Existe un historial por cada paciente atendido.	10	10
A existido pérdidas de los historiales dentro del Centro De Salud.	10	7
El Médico envía a tiempo la documentación necesaria Para el registro de cada paciente.	10	8
Existen registros por cada paciente atendido	10	9
Los médicos tienen acceso a los registros para sustentaciones De tesis, certificación de resultados, etc., y existe una entrevista previa con el paciente para analizar El cuadro clínico.	20	13
<b>TOTALES</b>	<b>60</b>	<b>47</b>

Fecha: 14 de diciembre del 2007



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

3/3

1. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{47}{x} \times 100$$

PT

60

$$NC = 78\%$$

2.- CONFIANZA

ALTA

3.- RIESGO

BAJA

Fecha: 14 de diciembre del 2007



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

Muestra Seleccionada: 10 Empleados

Proceso de la comunicación entre los departamentos.

1/3

Empleados	Juntas	Paseos de Integración	Cartelera de Información	Conocimiento De Ventajas	Conocimiento de Desventajas
1	/	/	/	/	X
2	/	/	X	/	X
3	X	/	/	X	/
4	/	/	/	X	/
5	/	/	X	X	/
6	X	/	X	X	/
7	/	/	/	/	X
8	X	/	/	X	X
9	X	/	/	X	/
10	/	/	/	X	/
	6	10	7	3	6

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta

Externa

2/3

Existen juntas entre los departamentos que ayuden a Desarrollar la comunicación organizacional.	10	6
Se realizan paseos de integración que fomenten la Unión entre las personas de la entidad.	10	10
Dispone de un cartelera de información en donde se Detalle lo que ocurre dentro de cada Departamento.	10	7
Esta usted enterado de las acciones que se realizan Dentro de cada departamento.	10	3
Sabe usted las ventajas y desventajas de los departamentos Que conforman el centro de salud.	20	8
TOTALES	60	34

Fecha: 13 de diciembre del 2007



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302  
Subcomponente: Consulta Externa

3/3

1.- VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{34}{x} \times 100$$

PT

60

$$NC = 68\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 14 de diciembre del 2007



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

Muestra Seleccionada: 10 Pacientes

Atención al Usuario

1/3

Pacientes	Señalización	Sala de Espera	Estación de Enfermería	Consulta Médica	Recepción De medicamentos
1	/	/	X	X	/
2	/	/	X	X	/
3	X	X	/	/	/
4	/	X	/	/	/
5	/	X	X	X	/
6	X	/	/	X	/
7	/	/	/	X	/
8	/	X	X	/	/
9	/	/	/	/	/
10	X	/	X	/	/
	7	6	5	5	10

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta

Externa

2/3

Existe la señalización suficiente para orientar a los Pacientes hacia los consultorios.	10	7
Existe una sala de espera para que el paciente espere Hasta que lo atiendan.	10	6
Hay una estación de enfermería para que el usuario se Sienta completamente atendido. Es eficiente la consulta que recibe por parte de los médicos	10	5
Del Centro de Atención	10	5
Se entregan los medicamentos prescritos en las recetas de Consulta externa	10	10
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>33</b>

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302  
Subcomponente: Consulta Externa

3/3

1.- VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{33}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 66\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302  
Subcomponente: Consulta Externa  
Muestra Seleccionada: 10 Pacientes  
Proceso De Entrega de Turnos

1/3

Pacientes	De acuerdo con El S. de Turnos	Atención del Medico de acuerdo al turno	No existen Equivocaciones	Se ha perdido Turnos por falta de médicos	Es corto El proceso de turnos
1	X	X	X	X	X
2	X	X	X	/	X
3	/	/	/	/	X
4	/	/	/	/	X
5	X	/	/	X	/
6	X	/	X	X	/
7	X	/	X	/	/
8	/	X	/	/	/
9	/	/	/	X	/
10	/	X	X	X	X

5

7

5

5

5

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



EVALUACIÓN DE RIESGO Y CONFIANZA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta

Externa

2/3

El sistema de Turnos para la consulta externa Es eficiente.	10	5
La atención que brindan el usuario por parte del Médico viene especificado por turno.	10	7
En el proceso de entrega de turnos no existen Errores.	10	5
Se han perdido turnos por falta de médicos	10	5
El proceso de turnos se hace con rapidez.	10	5
<b>TOTALES</b>	<b>50</b>	<b>27</b>

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

3/3

2. VALORACIÓN

$$NC = \frac{CT}{x} \times 100$$

$$NC = \frac{27}{x} \times 100$$

PT

50

$$NC = 54\%$$

2.- CONFIANZA

MODERADA

3.- RIESGO

MODERADA

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle

**3.2.4. Matriz de planificación y evaluación del Sistema de Control interno por Subcomponente.**



**MATRIZ DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN**  
**DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Farmacia

PROCESO; AREA DE RESULTADO CLAVE	CLAVE DE LA EVAL.	ATRIBUTO DEL HALLAZGO				NIVELES DE:		PROGRAMA TRABAJO
		CONDICIÓN	CAUSA	CRITERIO	EFECTO	RIESGO	CONFIANZA	
FARMACIA:  Estado de los medicamentos	CF	El 30% de los medicamentos no están localizados adecuadamente.	Por falta de estantes ergonómicos	Resolución C. I. 024 del Reglamento de la prescripción farmacéutica	Pérdida de tiempo al momento de localizar los medicamentos.	Bajo	Alto	
Atención al público	CF	El 60% de los pacientes entrevistados dice que la atención no es	Por falta de personal	Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social	Que el paciente se queje por la falta de eficiencia en el	Moderado	Moderado	

Evaluación adecuada de los medicamentos	CF	rápida  El 20% de los medicamentos no dispone de un kardex por clase de medicamento	Por el sistema informático que posee el centro.	Art. No. 44 del Reglamento farmacéutico	servicio.  Que puedan existir pérdidas.  Que en ocasiones no se este de acuerdo con los medicamentos que llegan o que falten nuevos medicamentos que recién han ingresado a este mercado de excelentes características.	Bajo	Alto
Compra de los fármacos	CF	El 100% de las compras realizadas para el departamento, la persona encargada del mismo no aprueba la compra.	Por que ese proceso lo decide una junta especial (director, subdirector, economista, compras)	Resolución C. I. 024 del Reglamento		Moderado	Moderado

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle



**MATRIZ DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN**  
**DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**  
 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Laboratorio

PROCESO; AREA DE RESULTADO CLAVE	CLAVE DE LA EVAL.	ATRIBUTO DEL HALLAZGO				NIVELES DE:		PROGRAMA TRABAJO
		CONDICIÓN	CAUSA	CRITERIO	EFECTO	RIESGO	CONFIANZA	
LABORATORIO								
Atención al usuario	CF	El 70% de los entrevistados dicen que le falta personal al Laboratorio del centro de Salud.	No existen las suficientes partidas para la contratación de personal.	Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social	Que no todos los usuarios puedan atenderse dentro del Centro de Atención Ambulatorio N° 302	Moderado	Moderado	

Recepción de las muestras en el laboratorio.	CF	El 80% de los pacientes no tienen un seguimiento luego de someterse a un examen de laboratorio.	Por la falta de personal.	Art. No. 58 de la Ley de Seguridad Social	Que los usuarios no tengan la suficiente confianza en el IESS	Moderado	Moderado	
Entrega de los resultados en el Laboratorio.	CF	Una vez entregados los resultados de laboratorio no existe rapidez en otorgar una consulta externa al paciente.	Por la falta de planificación en la Consulta Externa.	De la Res. N° C.D. 020 “Normas Técnicas y Criterios para la ...”, Art. 3	Que la calidad del servicio se vea afectada por la insatisfacción al usuario.	Moderado	Moderado	
Evaluación de las muestras en el Laboratorio.	CF	El 50% de los resultados entregados en el laboratorio no son confiables.	Por la Falta de Equipos t tecnologías de punta.	Res. N° C.D. 021 del 13/oCT/03, ArT. 6, Inc. 2	Que el médico no pueda encontrar rápidamente el diagnóstico para su paciente.	Bajo	Alto	
Comunicación entre el departamento y relacionados	CF	El 70% del personal de laboratorio no conoce las debilidades de los departamentos relacionados.	Por la falta de comunicación que se tiene entre los departamentos.	La Res. N° S. B. S. 2004 0843 del IESS	Por la falta de eficiencia y comunicación de los resultados.	Moderado	Moderado	

Fecha: 13 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón



**MATRIZ DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Componente: C. A. A. N° 302

Subcomponente: Consulta Externa

PROCESO; AREA DE RESULTADO CLAVE	CLAVE DE LA EVAL.	ATRIBUTO DEL HALLAZGO				NIVELES DE:		PROGRA MA TRABAJO
		CONDICIÓN	CAUSA	CRITERIO	EFECTO	RIESG O	CONFI ANZA	
CONSULTA EXTERNA.								
Atención al Usuario.	CF	El 50% de los usuarios no están satisfechos con el servicio brindado en enfermería.	Por la Presencia de los Internos	La Res. N° C. D. 41	Quejas repetidas a los Doctores.	Moderado	Moderado	

Entrega de Turnos	CF	El 50% de los pacientes dicen que se han perdido turnos por la falta de médicos, que el proceso es demasiado largo para la obtención de turnos, por lo que no están de acuerdo con el mismo.	Por el servicio Burocrático que representa el IESS.	La Res. N° C.D. 020, Art. 9	Que los pacientes se quejen del servicio y busquen otras alternativas en Hospitales Privados por ejemplo.	Moderado	Moderado	

Fecha: 14 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por:  
Karol Ramón Calle

### 3.2.5 Memorando de planificación



## INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

### MORANDO DE PLANIFICACION

#### **Auditoría de Gestión a:**

Centro de Atención Ambulatoria N° 302

**Período:** 2006

#### **Preparado por:**

(Jefe de Equipo) Andrés Izquierdo T.

**Fecha:** 18 Dic 07

#### **Revisado por:**

(Supervisor) Karol Ramón Calle

**Fecha:** 19 Dic 07

#### **Fechas de intervención (Cronograma)**

#### **Fecha estimada**

- Orden de Trabajo	5 diciembre 2007
- Conocimiento Preliminar	6 diciembre 2007
- Planificación	7 diciembre 2008
- Inicio del trabajo en el campo	7 diciembre 2008
- Finalización trabajo de campo	10 enero 2008
- Discusión del borrador del informe con funcionarios	11 enero 2008
- Emisión del informe final y trámite	14 enero 2008
- Presentación del informe aprobado al Gerente, Consejo de Administración (Comité de Auditoría)	15 enero 2008

#### **Equipo de auditoría (Multidisciplinario)**

#### **Nombres y Apellidos**

- Auditor General	Teodoro Cubero Abril
-------------------	----------------------

- Supervisor	Karol Vanesa Ramón Calle
- Jefe de Equipo	Fabián Andrés Izquierdo Toledo
<b>Días presupuestados</b>	
- Días laborables, distribuidos en las siguientes fases:	27 días
- FASE I, Conocimiento Preliminar	5 días
- FASE II, Planificación	7 días
- FASE III, Ejecución	12 días
- FASE IV, Comunicación de Resultados	3 días
- Seguimiento.	
<b>Recursos financieros y materiales</b>	
- Materiales	2 Computadora y Suministros
<b>Enfoque de la auditoría:</b>	
<b>Misión de la Auditoría</b>	
<p>La misión de la auditoría se basa en prestar tal servicio como modo de evaluación de la gestión realizada en los diferentes departamentos localizados como subcomponentes, con la única finalidad de ayudar a que se cumplan con los objetivos establecidos para cada área y de la misma manera verificar la consecución de los elementos de la auditoría gestión.</p>	
<b>Visión de la Auditoría</b>	
<p>La auditoría espera que se tomen en cuenta las recomendaciones aplicadas en la misma, de tal manera que los objetivos y metas trazadas por la organización, en este caso, el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, sean realizadas en los periodos trazados,</p>	

### **Objetivo General de la Auditoría**

Evaluar la gestión realizada en el servicio de farmacia, consulta externa y laboratorio clínico del CAA – 302 en términos de eficiencia, eficacia, ética y economía.

### **Objetivos Específicos de la Auditoría**

- Determinar la ética de los médicos y demás personal que trabajan en estas áreas, es decir evaluar su conducta institucional versus normas profesionales, legales y consuetudinarias.
- Determinar el grado en el que servicio está cumpliendo sus objetivos establecidos, planteados, expresados en términos de calidad, cantidad, tiempo, etc.
- Verificar si los equipos e insumos que posee el CAA – 302 se han adquirido en forma económica y si estos han sido utilizados eficientemente.
- Determinar el grado de comunicación de objetivos y plan estratégico de la institución hacia sus empleados y usuarios.
- Determinar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable al área examinada.

### **Estructura orgánica del C. A. A. N° 302**

Mediante Resolución N° 021, el Consejo Directivo del IESS aprobó el nuevo orgánico funcional de la Institución que cuenta con seis niveles:

1. Nivel de gobierno y Dirección superior.- Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

2. Nivel de Dirección especializada.- Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

3. Nivel de reclamación administrativa.- Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones plantados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

4. Nivel Técnico Auxiliar.- Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

5. Nivel de Control Interno.- La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo, profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

6. Nivel de asistencia técnica y administrativa.- Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

### **Financiamiento**

Para el cumplimiento de las actividades del CAA-302 para el año 2006. Se cuenta con el financiamiento que consta en el presupuesto designado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

<b>PRESUPUESTO:</b>	2006
Asignación Inicial	2'777.650,88
Reformas	6.417,00
Asignación Codificada	2'784.057,88
Saldo Disponible	1'014.557,25
Porcentaje de Ejecución	63,13%

#### **FODA**

##### **Fortalezas:**

Control eficiente en los horarios del personal

Preparación académica a nivel Superior.

Infraestructura, capacidad instalada,

Profesionales de salud especializados.

Personal médico con especializaciones en el exterior.

Potenciales pacientes que aportan con descuentos permanentes de sus remuneraciones que sustenta la continuidad en la prestación de servicios, a más del aporte del Estado.

Se basan en un orgánico funcional

Se basan en un presupuesto razón por la cual las adquisiciones son eficientes.

Nunca faltan medicamentos

Disponen de un buen presupuesto

##### **Debilidades:**

Falta de madurez en el talento humano

No hay comunicación, por lo que no hay difusión de la información

Hay eficiencia pero no eficacia en la prestación de servicios

No existe una capacitación permanente a nivel de profesionales de salud.

No hay seguimiento en el servicio ofrecido

Existe temor para presentar denuncias

No poseen manuales de procesos

No existe un departamento de control interno

Las funciones establecidas en el Reglamento Orgánico Funcional no son compatibles con la realidad, no se cumplen.

**Oportunidades:**

Reconocimiento a nivel de Organizaciones Internacionales de Salud.

Los afiliados a pesar de dificultades políticas y de los servicios brindados se sienten satisfechos por la atención que brinda el personal de la institución

Se encuentra ubicado en el centro histórico de Cuenca lo cual permite a sus usuarios mayor facilidad de acceso

**Amenazas:**

Competencia con hospitales privados.

Dependencia económica existente, impide realizar gestiones en búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento incluido la falta de una buena política administrativa relacionada con la autogestión.

Dependencia administrativa del la sede del IESS ubicada en Quito, en ciertas actividades relacionadas con el Recurso Humano, tales como contratación de personal, movilizaciones, trámites de permisos, vacaciones y otros.

Falta de mejoramiento en la calidad de servicios de salud y atención a los usuarios, puede generar corrientes que se inclinen por un sistema de medicina privada.

Modernización del sector público puede incluir la privatización de los servicios, supresión de entidades y actividades, e incluso reducción de personal.

Nivel de decisiones de las políticas actuales crea incertidumbre dentro de la organización.

**Detalle de componentes escogidos para la fase de ejecución:**

Centro Atención Ambulatoria N° 302

**El enfoque de la auditoría de gestión esta orientada a:**

La gestión gerencial-operativa y de resultados

La eficacia en el logro de los objetivos y actividades

La eficiencia y economía en el uso de recursos

**Alcance:**

**Componente:** Centro de Atención Ambulatoria N° 302

**Sub componentes:** Farmacia

Consulta Externa

Laboratorio

**Indicadores de Gestión.**

⊗ Indicadores de Producción

⊗ Indicadores de Gestión

Promedio Consulta externa

Concentración Consulta

Promedio Consulta / hora médico

Promedio diario horas médico trabajadas

Promedio recetas despachadas Consulta Externa

Promedio recetas prescritas Disponibles Anexos.

% efectivización de recetas

N estudios imaginología X 1000 AF.

N. Placas imagenología X estudio  
N. estudio imaginología X 100 consultas  
Promedio de exámenes por día laborado  
N. de determinaciones por examen  
Exámenes X 100 Consultas  
Promedio Atenciones Odontológicas/hora  
Restauraciones / extracciones  
Promedio hora laborada Odontología. /día  
T. O. T. Odontólogo / Hora

**Resumen de los Resultados de la Evaluación del Control Interno:**

**Sub componentes:** Farmacia  
Consulta Externa  
Laboratorio

**Puntos Importantes de la Evaluación del Control Interno**

Dentro de “integridad y valores éticos”, en donde los empleados presenta sus denuncias sin temor a represalias, los trabajadores de la entidad supieron decir que existe gran temor y que por lo mismo enfrentan ciertos miedos a enfrentamientos con empleados de orden superior. De la misma manera en el área “Gestión del capital de talento humano” supimos averiguar que no existe un departamento de esta índole que supiese administrara al personal con el que cuenta, así mismo en el área de “la responsabilidad” no se revisan en forma interna y externa informes financieros, solamente basta con la revisión del directorio pero no hay una junta con el organismo central del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Así mismo, nos supieron explicar que no existe una evaluación del POA, y más bien este se evalúa a la marcha, ya que no lo pueden evaluar porque no lo pueden cambiar, por el motivo de que no se realiza un POA con todas las exigencias necesarias ya que no disponen de un departamento ni de control interno ni de gestión de talento humano.

De la misma manera la auditoría arrojó el resultado de que no existía una auditoría de Gestión hace tres años, justamente desde la fecha que el nuevo director había asumido sus funciones, de la misma manera en el sector donde se ubican la “decisión de respuestas” se encontró que el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 no disponía de un manual de procedimientos para cada área o departamento. Así como en el área de “herramientas para la supervisión” no se suministra a las adecuadas personas permitiéndoles cumplir sus responsabilidades en forma eficiente y eficaz, y más bien las personas no sabían si eran evaluadas, ya que solo esto dependía del director

#### **Calificación de los Factores de Riesgo de Auditoría:**

Después de realizar la “Evaluación de riesgo y confianza” en la fase N° 2, se proporcionó un promedio para determinar los factores de riesgo dentro de la auditoría al componente “Centro de Atención Ambulatoria N° 302” que el riesgo era moderado para la ejecución de la misma.

#### **Trabajo a realizar en la fase de Ejecución:**

**Componente:** Centro de Atención Ambulatoria N° 302

**Sub componentes:** Farmacia  
Consulta Externa  
Laboratorio

Por lo que se tendrá que determinar los procedimientos, para avalar las tesis adquiridas dentro de la auditoría, entre las cuales anotamos, encuestas, entrevistas, visitas de observación, entre otras.

#### **Trabajo de otros profesionales en la fase de ejecución.-**

Andrés Izquierdo Toledo: realizara todas las hojas de trabajo, entre las cuales anotamos, hojas de hallazgos, encuestas, visitas de verificación, etc, para suscribir completamente las tesis demostradas

Karol Ramón Calle: esta persona realizara todas las supervisiones necesarias en las fases 1 y 2, para luego incorporarse a la fase 3, terminando elaborando el Informe final junto a al equipo multidisciplinario.

**Otros aspectos:**

Cronograma de planificación debe elaborarse a base de la información obtenida en la fase de “Conocimiento Preliminar”.

- |  |                  |
|--|------------------|
| - Visita Previa  | 6 diciembre 2007 |
| - Cédulas Narrativas   | 6 diciembre 2007 |
| - Evaluación preliminar de la estructura del Control Interno | 6 diciembre 2007 |
| - Indicadores  | 5 diciembre 2007 |
| - Resolución de riesgos                                      | 5 diciembre 2007 |
| - Distribución Organizacional                                | 5 diciembre 2007 |
| - Problematización   | 6 diciembre 2007 |
| - FODA   | 6 diciembre 2007 |
| - Orden de Trabajo Provisional                               | 5 diciembre 2007 |

**Aprobación de la Planificación:**

Suscrito por el Auditor General, Karol Ramón Calle, el 7 de diciembre del 2007.

---

Karol Ramón Calle

### 3.2.6 Programas de Trabajo.

#### 3.2.6.01 Programas de Trabajo de Laboratorio.-



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302**  
**PROGRAMA DE TRABAJO**

TIPO DE EXAMEN: Auditoría de Gestión  
COMPONENTE: C.A.A. N° 302  
SUBCOMPONENTE: Laboratorio

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</p> <p>Efectuar mediciones comparativas a base de indicadores con servicios que prestan otras clínicas y hospitales privados y públicos en tanto sean comparables.</p> <p>Evaluar el rendimiento y la productividad del servicio brindado en el laboratorio.</p>			

	<b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b>			
1	Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.			
2	Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.			
3	Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.			
4	Sustente en papeles de trabajo los puntos anteriores y comunique a los funcionarios del Centro de Atención Ambulatoria los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.			
	<b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b>  Riesgo:  Evaluar si las condiciones de seguridad e higiene del servicio de laboratorio son adecuados.			

	Calificación:			
	Procedimiento:			
<b>5</b>	<p>Determinar si el mantenimiento que se da a los equipos goza de los suficientes mecanismos de seguridad e higiene.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Evaluar si el servicio de laboratorio cuenta con el personal necesario para la atención satisfactoria al usuario.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p>			
<b>6</b>	<p>Analizar el número de doctores dentro de la entidad y obtener un promedio de exámenes diarios que se realizan los pacientes.</p>			
<b>7</b>	<p>Analizar y obtener un promedio de cuantos pacientes puede obtener un tecnólogo en su horario de labores.</p>			
<b>8</b>	<p>Determinar el número necesario de personal para este departamento.</p> <p>Riesgo:</p>			

	Determinar si el servicio de laboratorio cuenta con los equipos suficientes.			
	<p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>9</b> Evaluar el tipo de exámenes clínicos que se llevan a cabo en esta área.</p> <p><b>10</b> Evaluar el tipo de equipo con el que se cuenta en la entidad y en otros Centros de Salud en cuanto sean comprables.</p> <p><b>11</b> Determinar el equipo inexistente necesario para el área de Laboratorio.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Espacio físico inapropiado y falta de señalización.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimientos:</p> <p><b>12</b> Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.</p>			
	<b>13</b> Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.			

14	Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.			
----	---	--	--	--

Fecha: 11 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

**3.2.6.02.      Programas de Trabajo de Farmacia.-**

	
<p><b><u>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</u></b>  <b>CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302</b>  <b>PROGRAMA DE TRABAJO</b></p>	
TIPO DE EXAMEN:	Auditoría de Gestión
COMPONENTE:	C.A.A. N° 302
SUBCOMPONENTE:	Farmacia

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
----	-------------	-------------	--------------	-------

	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>- Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</p>			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar mediciones comparativas a base de estándares e indicadores con los servicios que prestan hospitales privados y públicos en lo que sean comparables.</li> <li>- Evaluar el rendimiento y la productividad del servicio brindado en la farmacia.</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir la eficiencia, efectividad, economía, calidad e impacto, mediante la utilización de indicadores desarrollados.</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la condición en el que los medicamentos se encuentran dentro de este departamento.</li> <li>- Evaluar si el sistema de farmacia cuenta con el personal suficiente para la atención al afiliado.</li> </ul>			
	<p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.</li> <li><b>2</b> Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.</li> <li><b>3</b> Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.</li> </ol>			

4	Sustente en papeles de trabajo los puntos anteriores y comunique a los funcionarios de Centro de Atención Ambulatoria los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.			
	<b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b>			
5	<p>Determinar en el caso de que falte una persona del departamento y los usuarios no puedan ser atendidos.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p>			
6	Determinar el nivel de faltas, vacaciones, paros, etc., como ha afectado al nivel y rendimiento del departamento.			
7	Realizar indicadores, y ejecutar para determinar parámetros hacia el cumplimiento de los objetivos.			
8	<p>Determinar cuantas recetas son abastecidas en un día ordinario frente a cuando existen eventuales paralizaciones, ya sea por faltas o paros.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Que no se evalúe adecuadamente el desempeño del departamento</p> <p>Calificación:</p>			

	<p>Procedimiento:</p> <p><b>9</b> Verificar un Sistema de Educación del desempeño y los instrumentos y parámetros que se aplican para calificar.</p> <p><b>10</b> Verificar los expedientes del personal para evidenciar la aplicación del procedimiento de evaluación y su relación con el desarrollo de la carrera administrativa.</p>			
	<p>Riesgo:</p>			
	<p>Evaluar la comunicación con los departamentos relacionados.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>11</b> Evaluar el tipo de comunicación entre los doctores encargados de consulta externa y el personal en cargo de la farmacia.</p> <p><b>12</b> Evaluar la eficiencia del sistema de información de stock de los medicamentos hacia los médicos.</p> <p><b>13</b> Determinar la periodicidad de la actualización de la base de datos.</p> <p><b>14</b> Verificar los sistemas de control en expedientes (Kardex) actualizados.</p> <p><b>15</b> Verificar la existencia de censos, estadísticas, informes o reportes de la unidad hacia el director para confirmar la comunicación entre la alta dirección y el departamento.</p>			

	Riesgo:			
	<p>Espacio físico inapropiado y falta de señalización.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimientos:</p> <p><b>16</b> Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.</p> <p><b>17</b> Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.</p> <p><b>18</b> Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Determinar la efectividad del sistema informático de la farmacia.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimientos:</p> <p><b>19</b> Verifique que la información se validada en cuanto se despachen las recetas a los kardex de los medicamentos.</p> <p><b>20</b> Determine la confiabilidad del sistema del centro de salud hacia el resto de hospitales públicos para determinar que no se duplique los medicamentos dados.</p>			

21	Evaluar la confiabilidad del sistema frente a las acciones diarias de ingresos y egresos, es decir, la validación de la información entrante y saliente para cada operación dentro del sistema.			
----	---	--	--	--

Fecha: 11 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

### 3.2.6.03      Programas de Trabajo de Consulta Externa.-

 <p style="margin: 10px 0;"><b><u>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</u></b> CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302 <b>PROGRAMA DE TRABAJO</b></p> <p style="margin: 10px 0;">TIPO DE EXAMEN:    Auditoría de Gestión COMPONENTE:        C.A.A. N° 302 SUBCOMPONENTE:    Consulta Externa</p>	
---	--

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
----	-------------	-------------	--------------	-------

	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</li> </ul>			
--	--	--	--	--

<p>- Realizar mediciones comparativas a base de estándares e indicadores con los servicios que prestan hospitales privados y públicos en lo que sean comparables.</p> <p>- Medir los resultados de eficiencia, efectividad y economía, a base de indicadores conjuntamente desarrollados con los servidores encargados de los servicios que prestan en el Centro de Atención Ambulatoria, y además evalúe la calidad del servicio y su impacto en la comunidad.</p>			
<p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <p><b>1</b> Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.</p> <p><b>2</b> Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.</p> <p><b>3</b> Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.</p> <p><b>4</b> Comunique a los funcionarios responsables los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.</p>			
<p><b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>.Riesgo:</p>			

	<p>Congestión de pacientes en consulta externa por falta de información, respecto de la atención preventiva y especializada.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>5</b> Determinar las causas de auto referencia del los usuarios del centro que ocasiona la congestión de la consulta externa en base a los datos estadísticos de este departamento.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Falta de profesionales en medicina familiar, para designar la paciente el especialista adecuado.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>6</b> Evaluar la coordinación de las actividades de los diferentes departamentos del personal. .</p> <p>- Riesgo:</p> <p>Evaluar la comunicación con los departamentos relacionados.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p>			
--	---	--	--	--

7	Evaluar el tipo de comunicación entre los doctores encargados de consulta externa y el personal de la entidad.			
	<p>.Riesgo:</p> <p>Espacio físico inapropiado y falta de señalización.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimientos:</p> <p>8 Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.</p> <p>9 Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.</p> <p>10 Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.</p> <p>Riesgo:</p> <p>No existe seguimiento posterior de los pacientes tratados</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p>11 Determine si existe un mecanismo de seguimiento mediato a los pacientes tratados.</p>			

	<p>Riesgo:</p> <p>Pacientes que no completen el tratamiento recibido en medicamentos dispuesto por el médico de consulta externa.</p> <p>Calificación:</p> <p>Procedimiento:</p> <p><b>12</b> Determine si los profesionales del servicio mantienen intercambio con las especialidades de apoyo.</p>			
--	--	--	--	--

Fecha: 11 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle

### **3.3. FASE III: Ejecución**

#### **3.3.1 Programas de Trabajo Ejecutados por Componente**

##### **3.3.1.01 Programas de Trabajo Ejecutados por Componente.- Laboratorio**



### **INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302**

#### **PROGRAMA DE TRABAJO**

TIPO DE EXAMEN: Auditoría de Gestión

COMPONENTE: C.A.A. N° 302

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <p>Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</p> <p>Efectuar mediciones comparativas a base de indicadores con servicios que prestan otras clínicas y hospitales privados y públicos en tanto sean comparables.</p> <p>Evaluar el rendimiento y la productividad del servicio brindado en el laboratorio.</p>			
	<p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <p>1 Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.</p> <p>2 Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.</p>	<p>6/24</p> <p>3/24</p>	<p>Andrés Izquierdo y Karol Ramón</p> <p>Andrés Izquierdo y Karol Ramón</p>	<p>07/12/2008</p> <p>11/12/2008</p>

3	Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
4	Sustente en papeles de trabajo los puntos anteriores y comunique a los funcionarios del Centro de Atención Ambulatoria los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.	8/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/01/2008
5	<p><b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Riesgo:</p> <p>Evaluar si las condiciones de seguridad e higiene del servicio de laboratorio son adecuados.</p>	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
	<p>Calificación: Riesgo Moderado.</p> <p>Procedimiento:</p>	14/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	13/01/2008
	<p>Determinar si el mantenimiento que se da a los equipos goza de los suficientes mecanismos de seguridad e higiene.</p> <p>Riesgo:</p>	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008

	Evaluar si el servicio de laboratorio cuenta con el personal necesario para la atención satisfactoria al usuario.			
	Calificación: Riesgo Moderado	14/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	13/01/2008
	Procedimiento:			
6	Analizar el número de doctores dentro de la entidad y obtener un promedio de exámenes diarios que se realizan los pacientes.	3/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
7	Analizar y obtener un promedio de cuantos pacientes puede obtener un tecnólogo en su horario de labores.	3/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
8	Determinar el número necesario de personal para este departamento.	3/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
	Riesgo:			
	Determinar si el servicio de laboratorio cuenta con los equipos suficientes.			
	Calificación: Riesgo Moderado	14/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	13/01/2008
	Procedimiento:			
9	Evaluar el tipo de exámenes clínicos que se llevan a cabo en esta área.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008

<b>10</b>	Evaluar el tipo de equipo con el que se cuenta en la entidad y en otros Centros de Salud en cuanto sean comprables.	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
<b>11</b>	Determinar el equipo inexistente necesario para el área de Laboratorio.  Riesgo:  Espacio físico inapropiado y falta de señalización.  Calificación: Riesgo moderado.  Procedimientos:	3/24      14/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón      Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008      13/01/2008
<b>12</b>	Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
<b>13</b>	Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
<b>14</b>	Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008

Fecha: 17 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle

### 3.3.1.02 Programas de Trabajo Ejecutados por Componente.- Farmacia



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302**

**PROGRAMA DE TRABAJO**

TIPO DE EXAMEN: Auditoría de Gestión

COMPONENTE: C.A.A. N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
----	-------------	-------------	--------------	-------

	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</li><li>- Realizar mediciones comparativas a base de estándares e indicadores con los servicios que prestan hospitales privados y públicos en lo que sean comparables.</li><li>- Evaluar el rendimiento y la productividad del servicio brindado en la farmacia.</li><li>- Medir la eficiencia, efectividad, economía, calidad e impacto, mediante la utilización de indicadores desarrollados.</li><li>- Determinar la condición en el que los medicamentos se encuentran dentro de este departamento.</li><li>- Evaluar si el sistema de farmacia cuenta con el personal suficiente para la atención al afiliado.</li></ul>			
--	--	--	--	--

	<b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b>			
1	Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008
2	Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.	2/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
3	Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
4	Sustente en papeles de trabajo los puntos anteriores y comunique a los funcionarios de Centro de Atención Ambulatoria los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.	7/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/01/2008
	<b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b>			
5	Determinar en el caso de que falte una persona del departamento y los usuarios no puedan ser atendidos.	2/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
	Calificación: Riesgo Moderado	11/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/01/2008
	Procedimiento:			

6	Determinar el nivel de faltas, vacaciones, paros, etc., como ha afectado al nivel y rendimiento del departamento.	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008
7	Realizar indicadores, y ejecutar para determinar parámetros hacia el cumplimiento de los objetivos.	2/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
8	Determinar cuantas recetas son abastecidas en un día ordinario frente a cuando existen eventuales paralizaciones, ya sea por faltas o paros.  Riesgo:  Que no se evalúe adecuadamente el desempeño del departamento  Calificación: Riesgo Moderado	2/24    11/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón    Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008    17/01/2008
9	Verificar un Sistema de Educación del desempeño y los instrumentos y parámetros que se aplican para calificar.	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008
10	Verificar los expedientes del personal para evidenciar la aplicación del procedimiento de evaluación y su relación con el desarrollo de la carrera administrativa.  Riesgo:  Evaluar la comunicación con los departamentos relacionados.  Calificación: Riesgo Moderado.	5/24    19/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón    Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008    13/01/2008
	Procedimiento:			

11	Evaluar el tipo de comunicación entre los doctores encargados de consulta externa y el personal en cargado de la farmacia.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
12	Evaluar la eficiencia del sistema de información de stock de los medicamentos hacia los médicos.	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
13	Determinar la periodicidad de la actualización de la base de datos.	2/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
14	Verificar lo sistemas de control en expedientes (Kardex) actualizados.	2/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
15	Verificar la existencia de censos, estadísticas, informes o reportes de la unidad hacia el director para confirmar la comunicación entre la alta dirección y el departamento.	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008
	Riesgo:			
	Espacio físico inapropiado y falta de señalización.			
	Calificación: Riesgo moderado.	11/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/01/2008
	Procedimientos:			
16	Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
17	Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008

18	<p>Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Determinar la efectividad del sistema informático de la farmacia.</p> <p>Calificación: Riesgo Bajo</p> <p>Procedimientos:</p>	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
19	<p>Verifique que la información se validada en cuanto se despachen las recetas a los kardex de los medicamentos.</p>	4/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	21/12/2008
20	<p>Determine la confiabilidad del sistema del centro de salud hacia el resto de hospitales públicos para determinar que no se duplique los medicamentos dados.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
21	<p>Evaluar la confiabilidad del sistema frente a las acciones diarias de ingresos y egresos, es decir, la validación de la información entrante y saliente para cada operación dentro del sistema.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008

Fecha: 18 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle

### 3.3.1.03 Programas de Trabajo Ejecutados por Componente.- Consulta Externa



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO N° 302

**PROGRAMA DE TRABAJO**

TIPO DE EXAMEN: Auditoría de Gestión

COMPONENTE: C.A.A. N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa

No	DESCRIPCION	REF: P/T	ELAB. POR	FECHA
	<p><b>OBJETIVOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Determinar la productividad entre el volumen de servicios prestados de salud, frente a los insumos utilizados, analizando el costo invertido y el impacto social.</li><li>- Realizar mediciones comparativas a base de estándares e indicadores con los servicios que prestan hospitales privados y públicos en lo que sean comparables.</li><li>- Medir los resultados de eficiencia, efectividad y economía, a base de indicadores conjuntamente desarrollados con los servidores encargados de los servicios que prestan en el Centro de Atención Ambulatoria, y además evalúe la calidad del servicio y su impacto en la comunidad.</li></ul>			
1	<p><b>PROCEDIMIENTOS GENERALES</b></p> <p>Evalúe el Control Interno Específico del componente y sus respectivos subcomponentes.</p>	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008

2	<p>Aplique los indicadores y parámetros de gestión previstos para el componente y subcomponente.</p>	1/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	17/12/2008
3	<p>Realice los procedimientos necesarios para obtener evidencia suficiente y competente sobre el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía. Además en lo posible mida la calidad del servicio y el impacto del mismo.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
4	<p>Comunique a los funcionarios responsables los resultados obtenidos, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.</p>	9/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/01/2008
<b>PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS</b>				
.Riesgo:				
<p>Congestión de pacientes en consulta externa por falta de información, respecto de la atención preventiva y especializada.</p>				
Calificación: Riesgo Moderado				
20/24				
Andrés Izquierdo y Karol Ramón				
14/12/2007				
Procedimiento:				
5	<p>Determinar las causas de auto referencia del los usuarios del centro que ocasiona la congestión de la consulta externa en base a los datos estadísticos de este departamento.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
Riesgo:				
<p>Falta de profesionales en medicina familiar, para designar la paciente el especialista adecuado.</p>				

	Calificación: Riesgo Moderado	20/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	14/12/2007
6	<p>Procedimiento:</p> <p>Evaluar la coordinación de las actividades de los diferentes departamentos del personal. .</p> <p>-</p> <p>Riesgo:</p> <p>Evaluar la comunicación con los departamentos relacionados.</p> <p>Calificación: Riesgo Moderado.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
7	<p>Procedimiento:</p> <p>Evaluar el tipo de comunicación entre los doctores encargados de consulta externa y el personal de la entidad.</p> <p>.Riesgo:</p> <p>Espacio físico inapropiado y falta de señalización.</p> <p>Calificación: Riesgo moderado.</p>	22/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	14/01/2008
8	<p>Procedimientos:</p> <p>Verifique las condiciones físicas y de seguridad con que cuenta el servicio de laboratorio.</p>	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008

9	Analice los procedimientos para la puesta de letreros o utensilios de señalización para llegar al laboratorio dentro de la entidad.	5/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008
10	<p>Determinar si la señalización colocada es la necesaria para que los pacientes no pierdan tiempo para ser atendidos.</p> <p>Riesgo:</p> <p>No existe seguimiento posterior de los pacientes tratados</p> <p>Calificación: Riesgo Moderado.</p> <p>Procedimiento:</p>	5/24       20/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón       Andrés Izquierdo y Karol Ramón	26/12/2008       14/12/2008
11	<p>Determine si existe un mecanismo de seguimiento mediano a los pacientes tratados.</p> <p>Riesgo:</p> <p>Pacientes que no completan el tratamiento recibido en medicamentos dispuesto por el médico de consulta externa.</p> <p>Calificación: Riesgo Moderado.</p> <p>Procedimiento:</p>	6/24       20/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón       Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008       14/12/2008
12	Determine si los profesionales del servicio mantienen intercambio con las especialidades de apoyo.	6/24	Andrés Izquierdo y Karol Ramón	07/12/2008

Fecha: 18 de diciembre del 2007

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón Calle

### 3.3.2. Aplicación de Indicadores

La Calidad de atención médica es un problema muy complejo, que se origina por la interacción de numerosos factores. Desde el punto de vista práctico, la calidad se puede evaluar al final de los procesos utilizando los indicadores, que miden los cambios en la satisfacción de los usuarios.

Si los indicadores muestran cambios significativos en el tiempo, es posible asumir que la institución está brindando una atención de buena calidad, aseveración que se puede confirmar analizando los indicadores precedentes, los cuales mostrarán que los atributos de la calidad se logran en las distintas dependencias y servicios. Si el resultado es adverso para la calidad, los indicadores permitirán identificar los vacíos en cada una de las áreas de evaluación, información de vital importancia para la toma de decisiones.

#### Resultados

SUBCOMPONENTE: Consulta externa

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>	<b>CALCULO</b>	<b>RESULTADO</b>
Cobertura afiliado al año	Primera consulta al año/ población afiliada * 100	14113 / 29045	49%

Promedio diario de consultas	No total de consultas / 250 días laborables	109871 / 249	441,25
No de atención de emergencia * 100 consultas externas	Total de consulta de emergencia/ total de consulta externa* 100	0 / 109871	0
Concentración de consultas	Total de consultas(primeras y subsecuentes) / Total de primeras consultas	14113 + 32208 / 14113	3,28
Promedio de consulta por médico	Total de consultas / Total de horas médico trabajado	109871 / 11711	9,38
½ diario por horas médicas trabajadas	No de horas trabajadas / No de días laborables	11711 / 249 x 13	3,62

☞ El primer indicador de de cobertura afiliado año, dio como resultado que por cada 100 pacientes 49 de ellos fueron atendidos, es decir que de la totalidad de la población afiliada solo el 49% fue atendido, este resultado no es bueno ya que la verdadera cobertura según los estándares establecidos en la institución no debe ser inferior al 50%.

☞ El promedio diario de consultas fue de 441, este es un resultado favorable, ya que cumple con los objetivos de la institución.

- ☞ En cuanto al indicador que mide el No de atenciones de emergencia no ha existido variación alguna, ya que se han dado consultas de emergencia.
- ☞ El indicador de concentración de consultas dio como resultado el número de 3 consultas aproximadamente, lo que significa que el médico realiza en promedio 3 consultas para tratar una determinada enfermedad o causa. El estándar establecido en la institución es de 2 consultas, razón por la cual se explica que el médico se toma su tiempo para atender al paciente adecuadamente.
- ☞ El indicador de promedio de consulta por hora médico dio como resultado que el médico general proporciona 9 consultas por hora, el estándar establecido en la entidad es de 4 consultas por hora el médico general y 3 consultas por hora el médico especialista. Este resultado significa que el rendimiento por hora de trabajo del médico general o especialista es eficiente, por que atiende a una gran cantidad de pacientes, pero este servicio no es eficaz, ya que no se toma un tiempo adecuado para atender a los pacientes.
- ☞ En cuanto al indicador que mide el promedio diario de horas médicas trabajadas dio como resultado 3 horas, lo cual explica que los médicos no están cumpliendo con las 4 horas establecidas en los estándares. Esto se puede ver afectado debido a la existencia de permisos, cursos etc.

SUBCOMPONENTE: Farmacia

INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO
Promedio de recetas despachadas por afiliado al año	No de recetas despachadas/ población afiliada	146639 / 29045	5,05

Promedio recetas despachadas por C. E.	No de recetas despachadas en C-E / No de consultas	109121 / 46321	0,99
Promedio de recetas despachadas por emergencia	No de recetas despachadas en emergencia/ No de emergencias	0 / 0	0
Promedio de recetas prescritas por consultas en dispensarios anexos	No de recetas prescritas en anexos / Total de consultas	13,85 / 12	1,15
Porcentaje de efectivización de recetas	No de recetas despachadas / No de recetas prescritas	$109121 / 105572 \times 100$	103,36%

- ☞ El primer indicador nos dio como resultado que farmacia despacha en promedio 5 recetas por afiliado al año, lo cual cumple con los objetivos del departamento ya que el estándar establecido por la entidad es de 5 recetas al año.
- ☞ El promedio de recetas despachadas por consulta externa es de 0.99, es decir que por cada consulta el paciente recibe 1 receta, el estándar es de 2 recetas por cada paciente lo cual nos permite determinar que existe los suficientes medicamentos para proveer a 2 recetas a cada paciente.
- ☞ El promedio de recetas despachadas por emergencia dio como resultado 0, ya que no han existido consultas emergentes.

- ☉ El promedio de recetas prescritas por consulta en dispensarios anexos fue de 1.15, lo que significa que por cada consulta en dispensario anexo se prescribe en promedio 1.15, lo cual esta de acuerdo al estándar q es de 1 receta, por lo que se determina que la programación y control específico ha sido eficiente.
- ☉ El porcentaje de efectivización de recetas fue del 103.36%, lo que significa que de cada 100 recetas prescritas, 103 deben ser despachadas, lo cual es bueno ya que el estándar es de 90%, esto nos permite determinar que el programa de disponibilidad de stock permanente es eficiente.

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

INDICADOR	FORMULA	CALCULO	RESULTADO
No de exámenes de afiliado al año	No total de exámenes/ población afiliada	34504 / 29045	1,18
Promedio de exámenes por día laborado	Total de exámenes / 250 días	34504 / 247	139, 69
No de determinación por exámenes	No de determinaciones / No total de exámenes	148819 / 34504	4,31
Exámenes por 100 consultas	No de exámenes realizados en consulta externa / No. De consultas *100	34504 / 46321	74,48

Exámenes por 100 emergencias	No exámenes realizados en emergencia / No de emergencias * 100	0	0
------------------------------	--	---	---

- ☞ El primer indicador nos indica que en cada afiliado se realiza en promedio 1 examen de laboratorio por año, el estándar establecido en la entidad es de 2 exámenes por paciente al año, lo cual significa que la programación de número de exámenes de acuerdo a la población afiliada no ha superado las expectativas.
  
- ☞ El promedio de exámenes por día laborado es de 139 aproximadamente, lo cual nos da la base para programar el número de exámenes de acuerdo a la demanda diaria, y tratar de cubrir dicha demanda.
  
- ☞ El número de determinaciones por exámenes es de 4, lo que nos indica que por cada examen de laboratorio se realiza cuatro determinaciones, lo cual no es bueno ya que el estándar es 2 determinaciones, por ello se puede concluir que se necesita replantear el programa de insumos de laboratorio de acuerdo a los procedimientos.
  
- ☞ En cuanto al indicador de exámenes por 100 consultas, nos dio como resultado que por cada 100 consultas se realizan 74 exámenes de laboratorio, esta cifra supera al estándar que es de 9 exámenes, por lo tanto se debe reprogramar este proceso para que de esta manera se pueda satisfacer a la demanda en consulta externa.

### 3.3.3. Encuestas

En las auditorías de gestión practicadas como una manera de confirmación de los hallazgos se pueden realizar encuestas, por lo que el equipo multidisciplinario ha creído conveniente la aplicación de este tipo de métodos de evaluación de las herramientas de auditoría de gestión a dos grupos dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, a los pacientes o usuarios y a los empleados, las mismas fueron realizadas por el equipo multidisciplinario, cuyos resultados se presentan a continuación en tablas y gráficas:

### Encuestas a los pacientes

PREGUNTA		SI	NO	N/R
1.	¿La señalización que posee el CAA-302 le ayuda la fácil focalización de los departamentos?	5	3	1
2.	¿La limpieza e higiene del CCA-302 es			
	a) Excelente	2		
	b) Buena		7	
	c) Mala			
3.	¿Es rápido y ágil la obtención de un turno?	6	3	0
4.	¿Ha perdido ud. algún turno por la falta del personal?	1	8	0
5.	¿Es de su entera satisfacción el servicio de toma de signos previa a la consulta?	9	0	0
6.	¿La sala de espera es confortable?	8	1	0

7.	¿La atención por parte de los médicos es:			
	a) Excelente	3		
	b) Buena		4	
	c) Mala			2
8.	¿Existe respeto mutuo entre médico y paciente?	7	2	0
9.	¿El médico se toma su tiempo para atender su caso?	7	2	0
10.	¿El trato brindado en el laboratorio clínico le satisface?	8	1	0
11.	¿El tecnólogo de laboratorio toma sus muestras con cuidado?	9	0	0
12.	¿El laboratorio clínico cuenta con el espacio necesario para su atención?	3	6	0
13.	¿El laboratorio clínico cuenta con medidas de seguridad e higiene?	8	0	1
14.	¿Cree ud. Que la atención en farmacia es eficiente?	7	2	0
15.	¿Disponen de todo los medicamentos preescritos en sus recetas?	5	4	0
16.	¿La atención es cordial por parte de personal que labora en farmacia?	8	1	0

17.	¿Existe un seguimiento por parte de los médicos hacia los tratamientos dados?	7	2	0
18.	¿El servicio brindado en el CAA-302 esta de acuerdo al dinero que ud. mensualmente aporta?	9	0	0

### Interpretación de Resultados

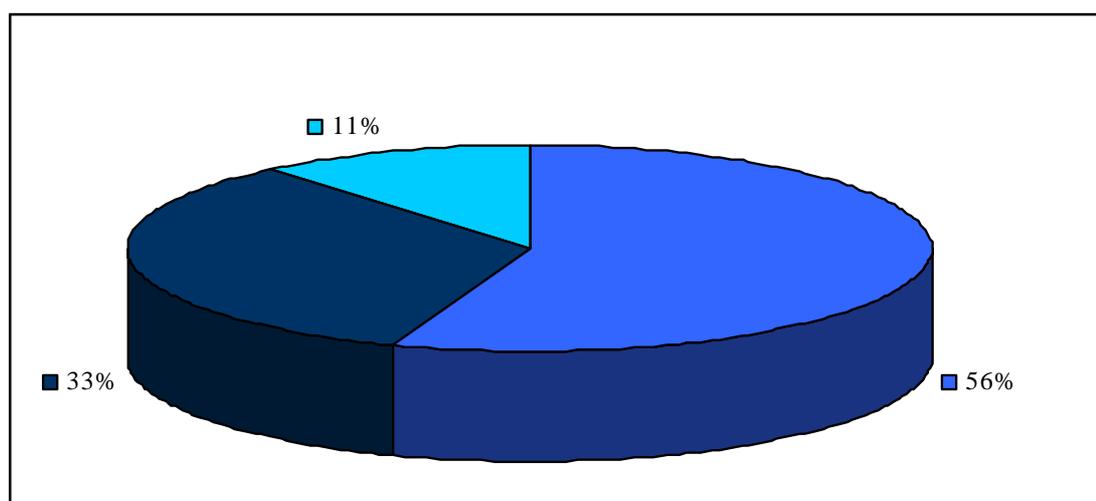
En la pregunta N° 1;

¿La señalización que posee el CAA-302 le ayuda a la fácil localización de los departamentos?

En la que se pide a los entrevistados su opinión acerca de la señalización del Centro de Atención Ambulatorio N° 302, los mismos respondieron que el 56% piensa que es suficiente, mientras que el restante 44% no lo crean o no quisieron responder, como se puede ver en el gráfico N° 12.

#### “La señalización existente, ayuda”

Gráfica N° 12



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

En la pregunta N° 2, la limpieza e higiene del CAA-302 es excelente, buena o mala; los entrevistados respondieron en un 78% que la misma era buena, lo que nos lleva a pensar que el C. A. A. N° 302 cumple con los requerimientos en lo referente a seguridad e higiene como Centro de Salud, y que tan solo el 22% piensa que esta es excelente.

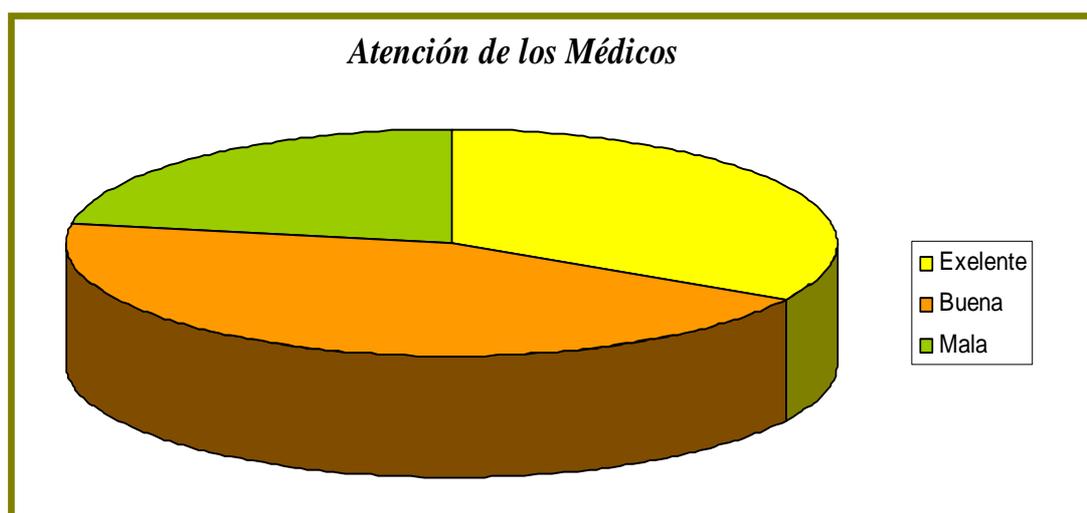
Pregunta N° 7;

¿La atención por parte de los médicos es excelente, buena o mala?

Se solicitó a los entrevistados que evalúen el desempeño de los médicos de consulta externa dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, en donde los mismos se refirieron a una atención buena en su mayoría, con un 44%, mientras que el 33% de los encuestados piensa que es excelente y el 22% piensa que la misma es mala, como se puede ver en el gráfico N° 13; por lo que se deberá tomar en consideración para las recomendaciones.

### “Atención de los Médicos”

Gráfica N° 13



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

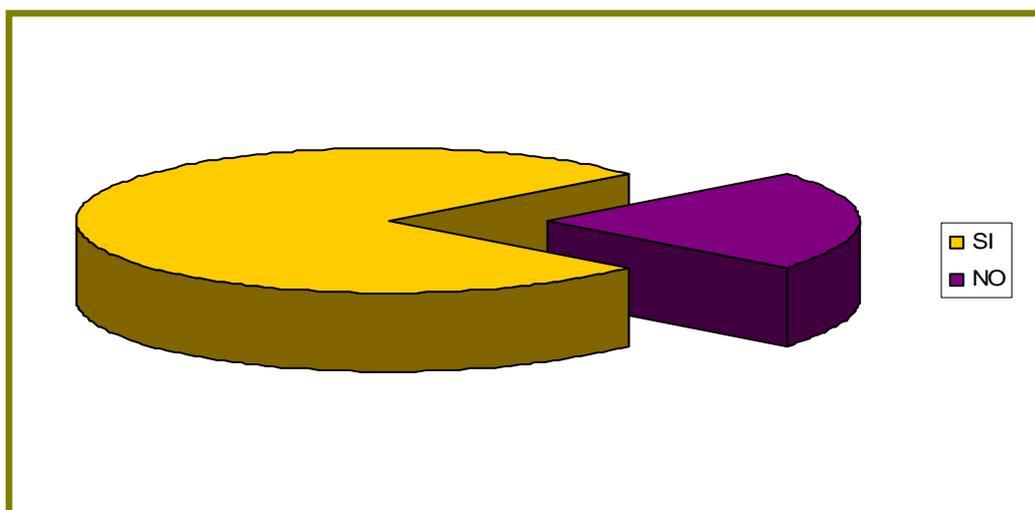
**Responsables:** Los autores.

Viendo la necesidad de una interpretación óptima e integral para la institución, se agrupa las preguntas 8 y 9; en donde se interroga acerca del respeto entre el médico y paciente y del tiempo que se toma el mismo para conocer el caso del usuario, respectivamente.

Los resultados como se pueden ver en el Gráfico 14, el 77% de los mismos piensan que si existe un respeto y la confianza para tomarse el tiempo necesario médico – paciente para conocer el caso, pero de la misma manera existe un 33% que piensa que no es así y que los médicos están más interesados en otras actividades que prestar el servicio para el que han sido contratados.

### “El respeto y la confianza en el CCA N° 302”

Gráfica N° 14



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

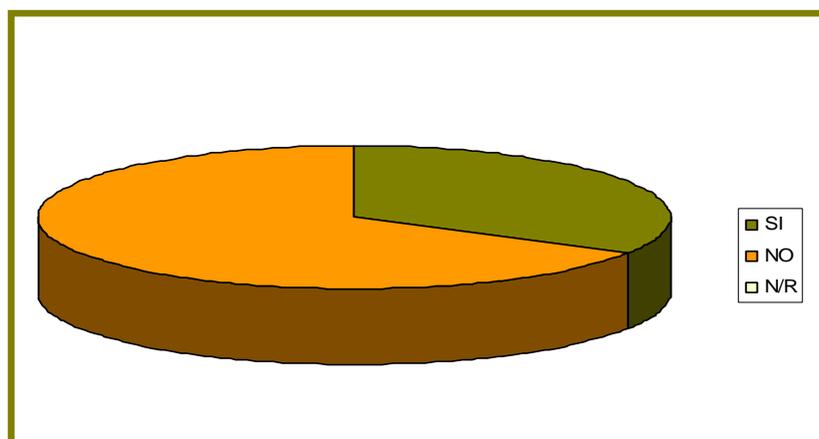
**Responsables:** Los autores.

Dentro de la encuesta, donde localizamos la parte del Laboratorio Clínico (preguntas 10 hasta la 13), resalta la doce en la que se le interroga acerca de: ¿El laboratorio clínico cuenta con el espacio necesario para su atención?

En la que nos respondieron en casi la mayoría, con un 67% que el espacio con el que cuenta el laboratorio es inadecuado para el servicio y que representa molestias tanto a las personas que laboran en el mismo como a los usuarios que solicitan sus servicios a este. Y sólo el 33% piensa que este es suficiente, como se puede ver en el gráfico N° 15.

### “El espacio existente en el CCA N° 302”

Gráfica N° 15



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

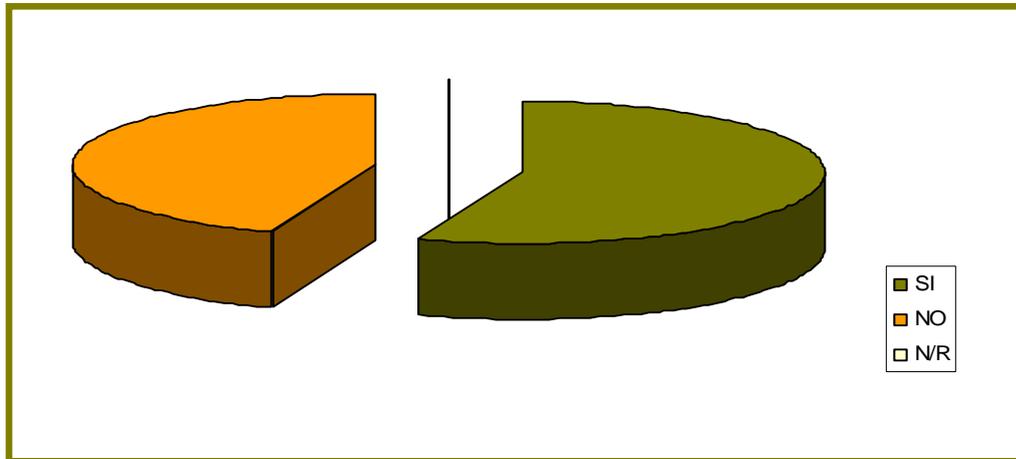
**Responsables:** Los autores.

De la misma manera en donde se pretendió que los encuestados respondan acerca de la farmacia se dejó ver una debilidad en lo referente a la existencia de todos los medicamentos prescritos hacia ellos en las recetas, tal es así que en la pregunta N° 15, que decía: ¿Disponen de todo los medicamentos prescritos en sus recetas?

Los entrevistados con un 44% nos digieran que no siempre existe la disponibilidad de todos los medicamentos prescritos en las recetas y la diferencia (66%) opina que la farmacia tiene todos los fármacos siempre y que nunca se han encontrado sin uno de los mismos cuando han retirado una receta, como se puede ver en el gráfico N° 16.

### “Disponibilidad de fármacos en farmacia”

Gráfica N° 16



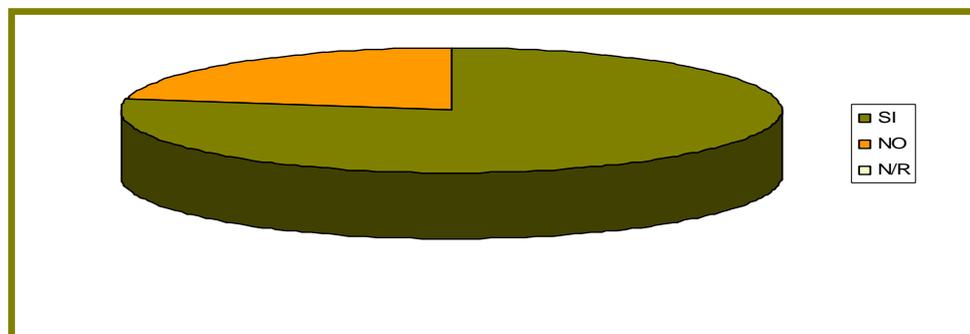
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

Pregunta N° 17; ¿Existe un seguimiento por parte de los médicos hacia los tratamientos dados?; los encuestados supieron manifestar que solamente en casos especiales, como ciertas patologías o en el caso de la fecundación de óvulos, existe seguimiento, mientras en el resto de casos no, por el mismo motivo un 22% de los entrevistados dijo que no y el restante 88% opino que existe un alcance luego de someterse a un tratamiento dentro del CAA N° 302, así en el Gráfico 17.

### “Seguimiento hacia los pacientes”

Gráfica N° 17



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

## **Comentarios:**

De la pregunta 1, que habla de la señalización, se pudiera intervenir, ya que es un recurso manejable para las autoridades del Centro de salud, se deberá recomendar al respecto.

De la pregunta 7, que pide a los entrevistados su opinión acerca del servicio prestado por consulta externa y específicamente por los médicos, el 22% de los mismos creen que es mala.

Así mismo se debe tomar en consideración las preguntas 7 y 8, de las que se deriva el comentario que la atención por parte de los médicos hacia los pacientes obedece otros intereses, tales como, el tratar más personas diariamente sin interesarse en el caso mismo de cada uno o simplemente no interesarse en el mismo y ni siquiera mantener una línea de respeto entre los mismos.

Es importante mencionar que en farmacia no siempre existe un abastecimiento de todos los medicamentos prescritos en las recetas de los médicos hacia sus pacientes, lo que crea molestias y malestares a los usuarios del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, lo que se deberá tomar en cuenta para las recomendaciones.

Se debe tomar en cuenta que no solo ciertas patologías y tratamientos necesitan un seguimiento posterior a la consulta, y más bien muchos son los afiliados que precisan de una intervención después de ser atendidos por primera vez, hasta por el mismo hecho de que son afiliados y que depositan su dinero mensualmente para obtener un servicio a cambio y no solo cuando este sea requerido, por lo que se deberá tomar en cuenta para las recomendaciones.

## **Recomendaciones**

Se recomienda la intervención del director y de una comisión a revisar los letreros de localización estén en lugares que efectivamente sean necesarios y reorganizarlos, de tal manera que el usuario pueda llegar fácilmente a su destino dentro del Centro de Atención Ambulatorio N° 302

Se recomienda, derivando de la pregunta N° 7, que se realicen cursos de capacitación a los médicos de la institución en el tema específico de trato al paciente, ya que un porcentaje interesante (22%), piensa que el servicio es malo, con esto se pretenderá disminuir la resistencia en los afiliados del IESS hacia el servicio prestado.

Se debe tomar en consideración la evaluación por parte de los usuarios hacia los médicos, es decir, con implantación de técnicas novedosas, tal como un buzón de sugerencias, se pretendería saber si el médico esta o no cumpliendo a cabalidad con las tareas que le han sido encomendadas y que el paciente se siente contento con la atención prestada por el mismo.

Cabe recalcar que cada departamento es una pieza fundamental dentro del Centro de Salud, por lo que cada una de estas deberá satisfacer los requerimientos del usuario, más aún en lo referente a los medicamentos, de la pregunta N° 15 se deriva como recomendación que esta deba poseer un sistema de computo integral con los consultorios, pero más importante es que la misma base de datos se actualice inmediatamente después de que exista un ingreso o una salida para que los médicos sepan que es lo que poseen y lo que no, evitando de esta manera complicaciones con los pacientes.

Se debe tener en cuenta una actualización en la base de datos de los pacientes tratados en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, con la finalidad de llamar a sus casas o por lo menos tratar de guardar un cierto grado de seguimiento post consulta, para recordarles cuando tienen el siguiente turno, si los medicamentos o el tratamiento esta surtiendo los beneficios que deberían hacerlo, entre otros, para que el afiliado que se atiende en el centro tenga el beneficio y la satisfacción de que existe un grado de interés por parte de la institución, esta tarea los pueden realizar los internos de las universidades que realizan sus prácticas.

### **Encuestas a los empleados.**



INSTITUTO ECUSTORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

ENCUESTA

PREGUNTA		SI	NO	N/R
1.	¿Cuando participo en eventos o cursos de la institución conoció sus objetivos y metas?	8	2	
2.	¿Conoce ud en que porcentaje se cumplieron los objetivos y metas?	8	1	1
3.	¿Se le impartió un entrenamiento físico y técnico acorde a las exigencias propias del servicio?	2	8	
4.	¿Recibió capacitación en relaciones humanas?	5	5	
5.	Se desarrollaron mas su autoestima y sus cualidades como ser humano?	7	3	
6.	El entrenamiento en técnicas ha sido acorde a las necesidades que se le han presentado en su ejercicio diario	2	7	1
7.	Se realizaron talleres de aplicación practica de los conocimientos adquiridos?	2	8	
8.	Opina ud. Que se consolidó el modelo participativo,	6	4	

	democrático de ética profesional y de liderazgo en su puesto de trabajo.			
9.	Considera ud. que se le capacito para tomar decisiones?	4	6	
10.	Cuenta con ud con un nombramiento por tiempo indefinido?	9	1	
11.	Cumple son las labores diariamente establecidas?	1 0		
12.	Existe una relimitación de atención de atención debido a la falta de personal?	6	4	
13.	La relación entre sus compañeros de trabajo es			
	a) Excelente	4		
	b) Buena	4		
	c) Regular	1		
	d) indiferente	1		
14.	Cree ud. Que la comunicación entre los otros departamentos es buena?	5	5	
15.	Considera ud. que la gestión realizada por el director del OAA-302 es:			
	a) Eficiente	6		
	b) Buena	4		

c)Deficiente				
16.	Se rige ud en un manual de procedimientos?	5	5	
17.	Los equipos con los que cuenta en su departamento es suficiente para la atención al publico	9	1	
18.	Tiene bien definida sus funciones?	9	1	
19.	Es evaluado su desempeño?	5	5	
20.	Existe la debida organización de expedientes y archivos en su departamento?	1 0		
21.	Cree ud. Que el personal del CAA-302 le dan un buen trato al usuario?	1 0		
22.	Tiene ud. Conocimiento sobre el código de ética que rige en la institución?	2	6	2
23	Cree que existe la suficiente orientación del director hacia el logro de los planes estratégicos?	9	1	

### Interpretación de Resultados

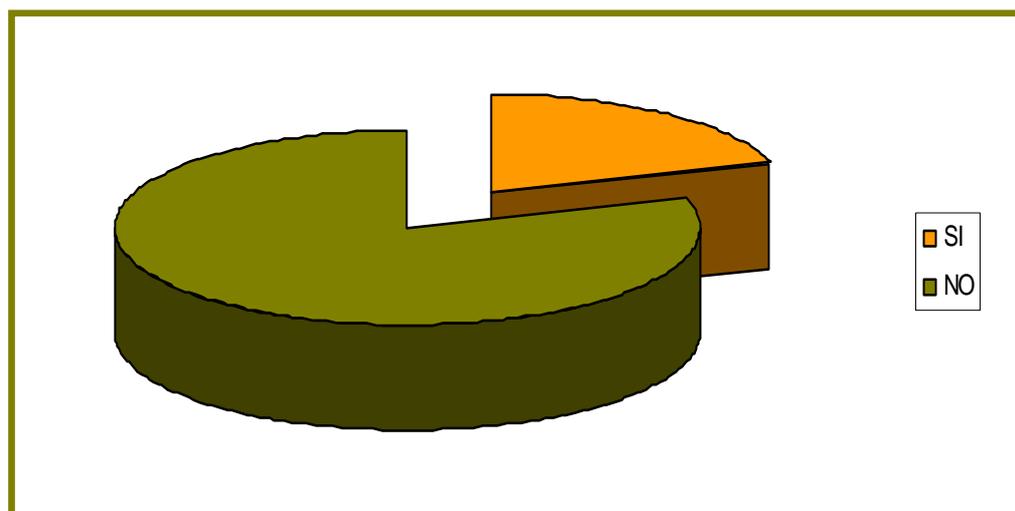
De la encuesta realizada a una muestra del personal del Centro de Atención Ambulatorio N° 302, los datos más importantes que se obtuvieron son los siguientes:

Pregunta 3:

¿Se le impartió un entrenamiento físico y técnico acorde a las exigencias propias del servicio? El personal supo contestar que no ah existido mayor capacitación por parte de la institución, peor aún un entrenamiento físico o técnico acorde a las exigencias de sus puestos de trabajo, respondiendo de esta manera con un 80% de forma negativa y sólo un 20% que si se dicto una preparación acorde a las necesidades de cada puesto de trabajo, como se puede ver en el Gráfico N° 18.

### “Instrucción para los trabajadores”

Gráfica N° 18



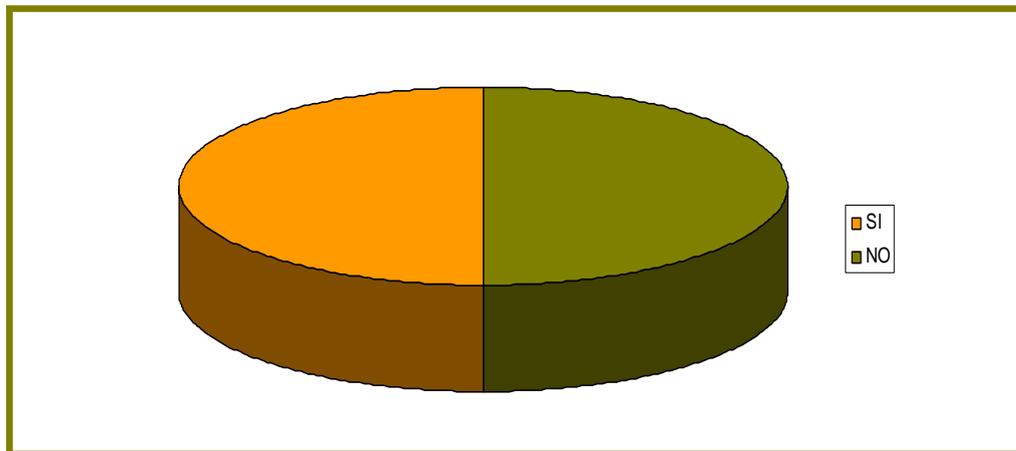
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

De la pregunta N° 4; ¿Recibió capacitación en relaciones humanas?, el personal de la organización supo contestar divididamente, ya que existen profesionales de la salud que además de trabajar en este centro laboran en otros hospitales del sector público y privado, y los mismos han recibido capacitaciones en relaciones humanas pero no impartidas por la institución a la que evaluamos, es decir, como vemos en el Gráfico 19, las respuestas estuvieron muy divididas.

## “Capacitación para los empleados”

Gráfica N° 19



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

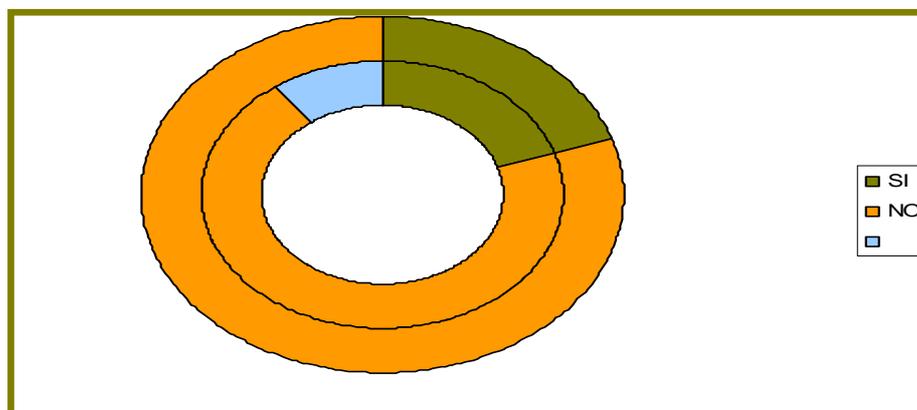
De la misma manera en la preguntas N° 6 y 7; ¿El entrenamiento en técnicas ha sido acorde a las necesidades que se le han presentado en su ejercicio diario? y ¿Se realizaron talleres de aplicación práctica de los conocimientos adquiridos?, respectivamente.

El personal respondió mayoritariamente que no en un 70 y 80% respectivamente a las preguntas, y sólo en la pregunta que hace referencia al entrenamiento acerca de sus tareas en el ejercicio diario un 10% de los entrevistados no quisieron responder a la misma, por consiguiente los restantes porcentajes digieron que si.

Como se puede ver en el Gráfico N° 20, lo que demostró nuestra teoría acerca de la capacitación institucional dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, la misma que tenía una tesis de que las personas que laboran dentro de la organización no han sido capacitadas en forma efectiva para ejercer su trabajo diario y pero aún no han existido talleres para comprobar los conocimientos adquiridos en los pocos seminarios que se han dictado en la organización, así a continuación:

## “Capacitación efectiva hacia los trabajadores del CCA N° 302”

Gráfica N° 20



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

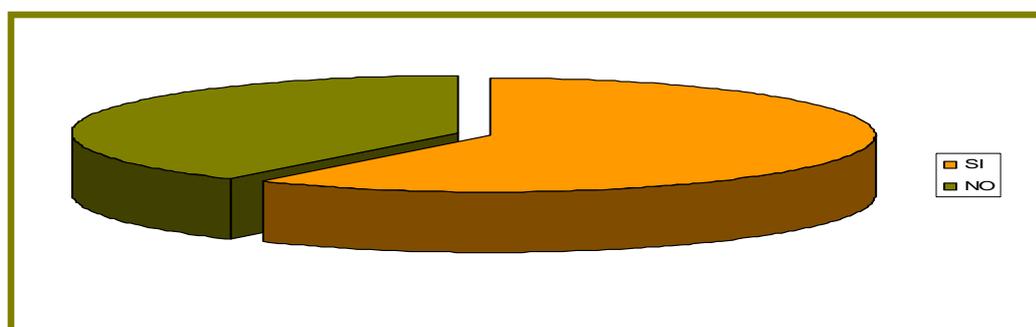
**Responsables:** Los autores.

Es importante mencionar el resultado de la pregunta N° 8 que menciona: ¿Opina usted que se consolidó el modelo participativo, democrático de ética profesional y del liderazgo en su puesto de trabajo?

En la que el equipo multidisciplinario pretendía corroborar la consolidación del personal al modelo de gestión de la institución, se obtuvo que un 60% de los empleados digieron que si y el restante 40% que no, como se puede ver en el Gráfico N° 21; por lo que se deberá tomar en cuenta estas respuestas para las recomendaciones del caso.

## “Consolidación del personal a un modelo eficiente de gestión”

Gráfica N° 21



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

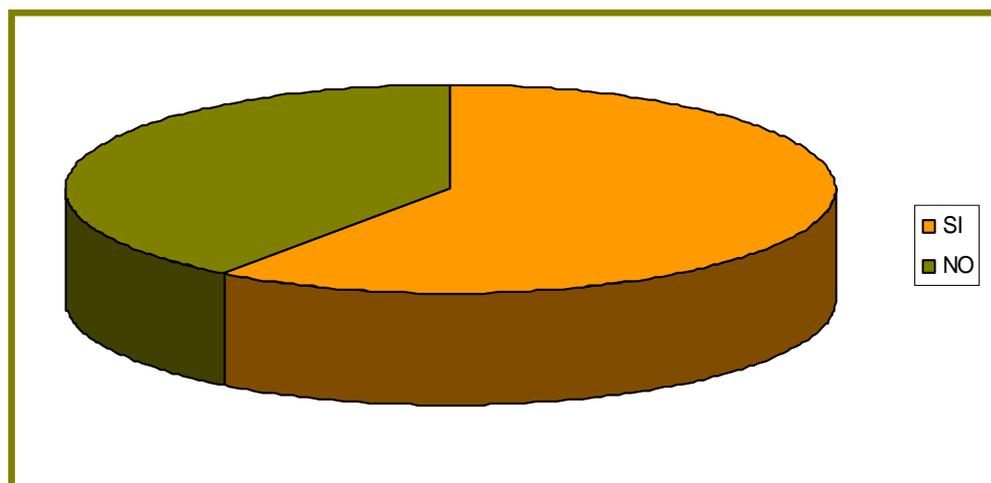
**Responsables:** Los autores.

Pregunta 12.

¿Existe una limitación de atención debido a la falta de personal?; el 60% de los encuestados respondieron que si y el restante 40% que no, como se puede ver en el Gráfico N° 22, es importante mencionar que también se menciona a la palabra eficiencia por parte de algunos entrevistados, ya que estos nos explicaban que más personal no puede ser solamente la respuesta a las necesidades sino una mayor eficiencia por parte de los empleados con los que dispone el centro de salud en la actualidad.

### “Limitación por la falta de personal”

Gráfico N° 22



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

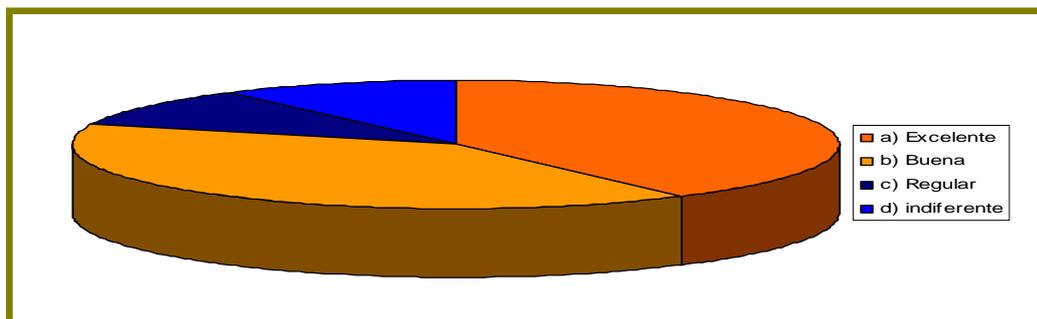
**Responsables:** Los autores.

En la pregunta N° 13.

¿La relación entre sus compañeros de trabajo es excelente, buena, mala o indiferente? , se llegó al resultado que de el 80% de los encuestados piensa que esta el excelente o buena, pero el 20% cree que esta es mala o indiferente, como se puede ver en el Gráfico N° 23, lo que demuestra que existe un cierto tipo de roces dentro del personal que labora dentro del CAA N° 302.

### “Relación interpersonal de los empleados del CCA N° 302”

Gráfica N° 23



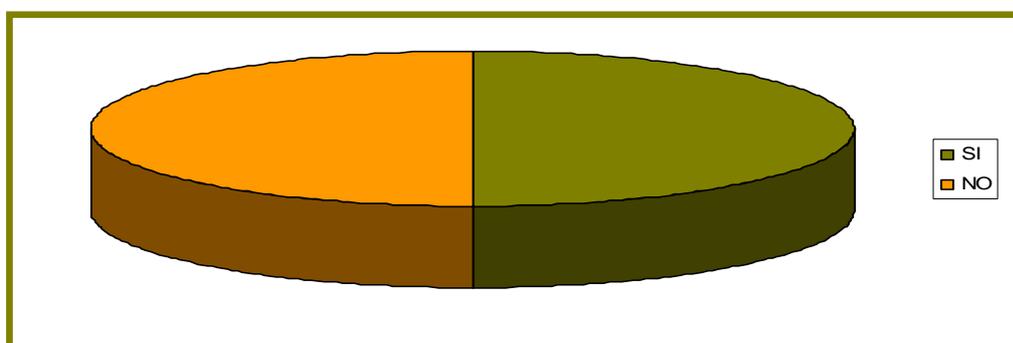
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

Pregunta N° 14; ¿Cree ud. que la comunicación entre los otros departamentos es buena? Los encuestados acerca de este tema, la comunicación en los departamentos contestaron de una manera dividida, es decir, en partes iguales, con el 50% respectivamente, esta pregunta nos servirá para determinar que tanto se ayudan los departamentos a la consecución de los objetivos, después de realizar la encuesta se llegó a determinar, o más bien sustenta la tesis que equipo multidisciplinario había determinado con preguntas anteriores, con la misma se describe que no existe un buen clima laboral dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, como se puede ver a continuación en el Gráfico N° 23.

### Existencia de comunicación inter departamental del CCA N° 302”

Gráfica N° 24



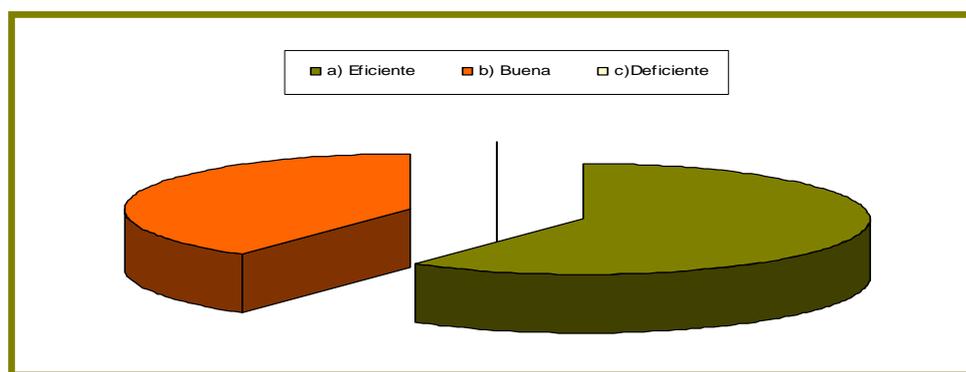
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

De la pregunta N° 15. ¿Considera ud. que la gestión realizada por el director del OAA-302 es eficiente, buena o deficiente?, se desprende los resultados que se observan en el Gráfico N° 24, en donde el 60% de los empleados que laboran dentro de el C.A.A. 302 piensan que es eficiente, y el 40% restante dicen que la misma es buena, lo que debe ser motivo de felicitación pero así mismo de compromiso hacia la superación.

### “Gestión del Director actual”

Gráfico N° 25



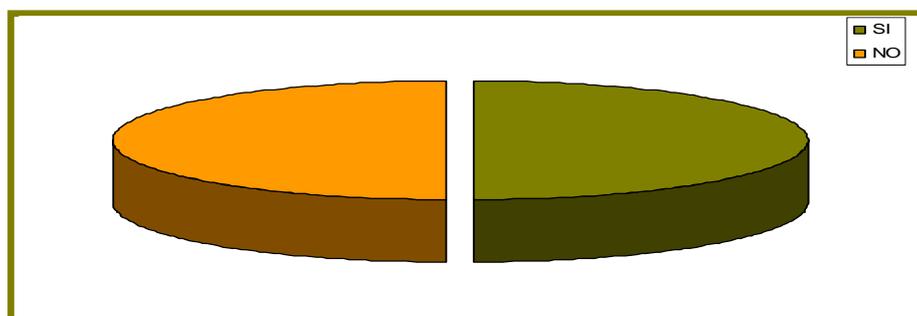
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

De las preguntas N° 16 y 19, ¿Se rige ud en un manual de procedimientos? y ¿Es evaluado su desempeño?, respectivamente, se obtuvo en partes iguales una respuesta de si y no en un 50% por ambos lados, así en el Gráfico N° 25.

### “Evaluación del desempeño”

Gráfico N° 25



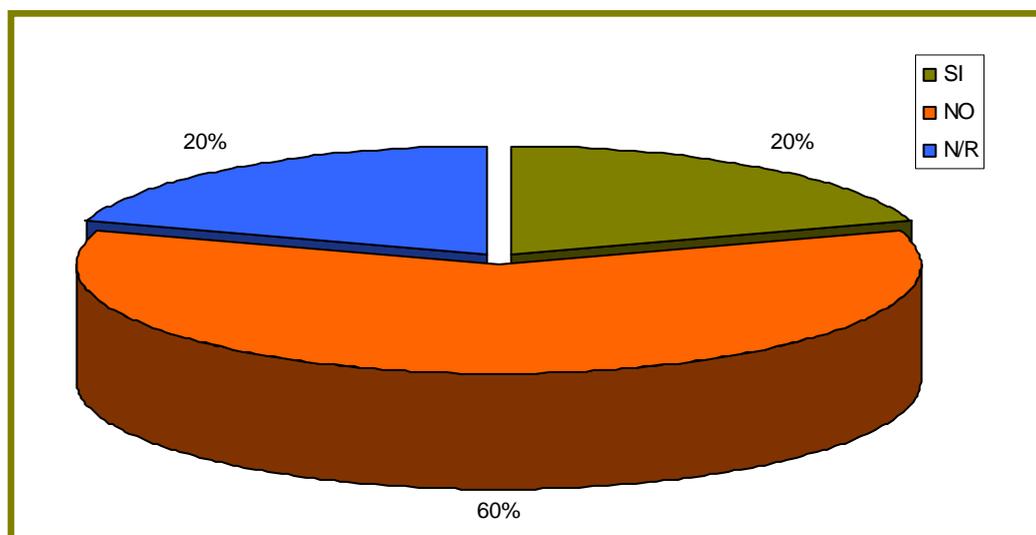
**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

Para finalizar con uno de los métodos de evaluación en las herramientas de auditoría de gestión, como la encuesta, la pregunta N° 22, ¿Tiene ud. conocimiento sobre el código de ética que rige en la institución? Se llegó a los siguientes resultados como se puede ver en el Gráfico N° 26, como se puede ver a continuación en el siguiente gráfico.

### “Conocimiento del Código de ética en la Institución”

Gráfica N° 26



**Fuente:** Diagnóstico del CAA-302 del IESS. Cuenca. 2008

**Responsables:** Los autores.

#### Comentarios.

De la pregunta N° 3, 4, 6 y 7; se deriva que los directivos del Centro de Salud Ambulatoria no están ejerciendo un completo desarrollo sobre sus trabajadores, tal es el caso que no están capacitando a sus empleados de forma clara y concisa para desempeñar sus funciones cabalmente dentro del Centro de Salud.

Es importante recalcar que estas personas son las encargadas de atender diariamente a cientos de pacientes dentro de las instalaciones de la institución, por lo que deben ser entrenados no solamente en el área de medicina sino también con el trato a personas, relaciones humanas, entre otros lo que beneficiara no solamente a los

empleados sino también a la organización, y de la misma manera realizar talleres post talleres, para realizar prácticas de lo aprendido en los mismos; por lo que se recomendará realizar cursos de capacitación en diferentes áreas para que el personal sea entrenado a realizar eficientemente las funciones que le han sido encomendadas diariamente.

De la pregunta N° 8, se deriva el comentario de que no se está consolidando el modelo participativo, democrático de ética profesional y de liderazgo en su puesto de trabajo, lo que conllevará que el personal no se sienta motivado para ejercer sus labores eficientemente, y más bien éste hasta en ocasiones se sienta frustrado o limitado a un puesto laboral que no conlleva mayores esfuerzos y liderazgo para el Centro de Atención Ambulatoria N° 302.

De la pregunta 12 se desprende el comentario, de los empleados deben ser sometidos a evaluaciones para definir si se están cumpliendo con los estándares establecidos para cada departamento y en que condiciones se cumplen, si estos deben esforzarse en forma desmedida por lograrlos o si definitivamente se necesita personal para alguna área en específica.

De la pregunta N° 13, se deriva el comentario de que no existe un excelente clima entre el personal que labora dentro de la institución, al parecer existe algún tipo de conflictos entre los mismos, mientras estos no involucren a la entidad como sí, el directorio no puede involucrarse.

De la pregunta N° 14, se llegó a la conclusión de que no existe un clima conjunto entre los departamentos, al parecer existe rivalidades y enemistades entre algunos de las personas que conforman los mismos, por lo que se deberá tomar en cuenta para realizar las recomendaciones necesarias.

De la pregunta 15 se desprende el comentario de que la gestión del director actual es buena y eficiente, por lo mismo debe ser un motivo de conocimiento hacia el directorio de la organización como para el director, esto se debe manifestar en la predisposición hacia la actualización de un Sistema tan antiguo como lo es el IESS, el éxito de una empresa se basa en el desarrollo y gran parte de lo que los empleados

piensan del director actual es gracias al desarrollo que ha implementado dentro de la institución que muy acertadamente dirige.

De la pregunta N° 22, a acerca de conocimiento del manual de ética que rige a la organización gran parte de los empleados (40%), no lo conocen, lo que muestra que no existe un mayor interés en temas tan importantes dentro de una organización como lo es la ética.

### **Recomendaciones**

Es importante sugerir al directorio que se tome más en cuenta una capacitación práctica y de relaciones humanas a sus empleados, ya que con esto se pretendería cumplir con los objetivos de cada departamento, con un personal capacitado no solamente para atender a sus pacientes, sino también para enfrentarse a cualquier caso de emergencia, en conocimientos técnicos y físicos, ayuda social, en otras áreas, y de la misma manera evaluar con talleres prácticos post cursos los conocimientos adquiridos en los mismos; esto conllevaría a crecer a las personas que conforman el CAA N° 302 y a dar un mejor servicio a los usuarios.

Se debe tomar en cuenta como recomendación hacia el directorio dictar pláticas acerca de la importante labor que ejecutan los empleados del centro de salud para los usuarios que diariamente se atienden dentro de las instalaciones de la organización, demostrar que estos son piezas fundamentales y que de ellos, en gran parte, son merecedores de los comentarios que tiene la gente del CAA N° 302, motivarlos a la toma de decisiones eficientes, a cultivar un liderazgo en cada departamento, a ejercer una ética profesional en cada puesto de trabajo, ya que solo de esta manera se pretenderá llegar a la excelencia en servicios.

Debe evaluar la gestión de cada persona que labora dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, su desempeño y el del departamento al que pertenece, y si es el caso pedir partidas por parte del director para más personal, con esto se pretenderá conocer verdaderamente cuáles son las necesidades y si es el caso tratar de satisfacer con personal extra.

Se debe tratar de involucrar más al personal entre si, integrarlos hacia una comunidad laboral en donde reine el respeto, la comunicación y por ende la eficiencia para que la entidad salga beneficiada con un personal colaborador entre si, en donde puedan ayudarse, complementarse, etc., de esta manera estaremos contribuyendo a alcanzar metas y objetivos. Cabe recalcar que se debe realizar paseos de integración, fomentar una cultura organizacional en donde prevalezca la comunicación y la unión de los empleados.

Se debe recomendar la implantación de un manual de procedimientos para el personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, y si es el caso de que este si existe y los empleados no los conocen realizar talleres de información hacia los mismos, con el objetivo de que verifiquen sus tareas según el mismo, sepan como pueden ser evaluados, gocen de una planificación óptima en cada departamentos, entre otras ventajas que conlleva basarse en un Manual de Procedimientos.

De la misma manera, se debe hacer conocer al personal que labora dentro de la institución los estándares en los que tienen que basarse, las formas en los que son evaluados, tanto ellos como a los departamentos a los que pertenecen, el manual de ética que rige a la institución, etc., de esta manera se pretenderán la eficacia de los mismos y de sus departamentos así como una complementación de los conocimientos adquiridos con valores una importante mezcla para las organizaciones del sector público.

#### **3.3.4. Hojas de Hallazgos**

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION AL: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social REF/P

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

TITULO DEL COMENTARIO: Óptima ubicación de los medicamentos

Condición: Determinamos que el 30% de los medicamentos no están ubicados en lugares visibles.

Criterio: La resolución C. I. 024 del Reglamento de la prescripción farmacéutica establece que todos los medicamentos deben estar localizados en lugares con una temperatura adecuada y una visibilidad que permita un fácil acceso al personal que se encuentra trabajando en esta área

Causa: Se origina debido a que los estantes en los que se ubican los medicamentos no son los adecuados.

Efecto: Esto ocasiona pérdida de tiempo, ya que no permite que el personal labore con eficacia, pues este atiende a menos pacientes de los establecidos en los estándares, ocasionando el incumplimiento de los objetivos departamentales.

Conclusión: Por lo tanto se concluye que en el área de farmacia no existe la debida inspección para llevar a cabo el programa de compra de activos fijos, ya que se necesitan muebles que satisfagan el stock disponible de medicamentos.

Recomendación: Para que exista una mayor eficacia en el proceso de despacho de recetas, se recomienda que se incorpore en el presupuesto una partida para la adquisición de anaqueles y otros muebles que permitan una mejor localización del los fármacos, de esta manera se logrará ahorrar tiempo y por ende se pretenderá cumplir con los estándares establecidos dentro del Centro de Salud.

Fecha: 4 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
UNIDAD AUDITORÍA INTERNA  
HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

TITULO DEL COMENTARIO: Mayor rapidez en despacho de recetas

Condición: se determinó que el 60% de los pacientes entrevistados no están conformes con la rapidez de atención en esta área.

Criterio: El Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir el personal necesario y capacitado para satisfacer la demanda de recetas prescritas en consulta externa y casos de emergencia.

Causa: Este escenario se originó debido a que no se cuenta con el personal suficiente para atender la demanda de recetas enviadas desde consulta externa.

Efecto: Esta situación, sin duda, provoca que no se pueda atender con la suficiente rapidez, y por lo tanto con eficacia y eficiencia a los usuarios del servicio.

Conclusión: no existe el personal necesario para satisfacer la demanda de recetas a despachar ya sea por consulta externa o por consultas emergentes.

Recomendación: que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en Farmacia.

Fecha: 4 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

TITULO DEL COMENTARIO: Eficiencia en el control de existencias

Condición: Se determinó que el 20% de los medicamentos no tienen un registro de kardex, el mismo que es necesario para tener un adecuado control sobre dichos medicamentos.

Criterio: El Art. No. 44 del Reglamento farmacéutico establece que, cada medicamento debe llevar un registro detallado en hojas de kardex.

Causa: Este problema se origina debido a que el personal encargado de la recepción de los medicamentos, no los ha registrado a cada uno de ellos en hojas de kardex.

Efecto: Esta situación, provoca complicaciones por consiguiente pérdida de tiempo al momento de hacer los pedidos a los proveedores.

Conclusión: en el área de farmacia, existe una incompetencia por parte del personal al momento de recibir los fármacos.

Recomendación: Para que exista una mayor eficacia en el proceso de recepción de medicamentos, debe existir una mayor concentración y control.

Fecha: 4 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo

Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTIÓN Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

TÍTULO DEL COMENTARIO: Pedido y Compra de medicamentos

Condición: Se determinó que el 100% de los pedidos y compras de medicamentos realizadas para el departamento, la persona encargada del mismo, no aprueba dicha acción.

Criterio: La resolución C. I. 024 del Reglamento expedido para farmacia, establece que todos los medicamentos deben ser pedidos a sus proveedores, por la persona competente que conozca y este conciente de las necesidades incurridas en farmacia.

Causa: Esta situación se origina debido a que el proceso de compra y pedidos de medicamentos lo decide una junta especial integrada por el director, subdirector, economista, y jefe de compras.

Efecto: Esta circunstancia indudablemente provoca que en ocasiones no se este de acuerdo con los medicamentos que llegan, o que falten nuevos medicamentos que recién han ingresado al mercado y que sean de excelentes características.

Conclusión: Los pedidos de medicamentos necesarios para abastecer el área de farmacia no lo está haciendo la persona adecuada y capacitada.

Recomendación: Para que exista una mayor eficacia en los pedidos de fármacos se recomienda que se tome en cuenta el criterio y opinión de la persona que más cercana

se encuentra a farmacia pues la misma va a tener un conocimiento más amplio las necesidades de dicho departamento..

Fecha: 4 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Cal

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Farmacia

TITULO DEL COMENTARIO: La existencia y modernización de medicamentos ayuda a incrementar la satisfacción.

Condición: El 44% de los entrevistados no siempre gozan con la disponibilidad de todos los medicamentos prescritos en las recetas..

Criterio: De la resolución N° C.D. 026 “Instructivo para el abastecimiento y la provisión de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece el proceso desde la comisión que determina cuales son los requerimientos de la misma, hasta la adjudicación para la compra por medio de contratos”.

Causa: Esta situación se desencadena por la falta de organización en el comité de adquisición de los fármacos.

Efecto: Esto sin lugar a duda ocasiona molestias y malestar a los afiliados que asisten a la farmacia a retirar los medicamentos prescritos en las recetas.

Conclusión: Se concluye que existe una gran parte de los afiliados que asisten al Centro de Atención Ambulatoria n° 302, específicamente a farmacia a retirar sus medicamentos, molestias y malestares ocasionados por la falta de los mismos.

Recomendación: El comité de adquisición necesariamente debe estar integrado por una de las personas que labora en el departamento de farmacia, él que tenga conocimientos en el mercado de los fármacos, sus beneficios y debilidades para el usuario, con esto se pretenderá no solamente tener medicamentos actualizados y mejores, sino también contar con un stock de todo lo necesario en el departamento.

Fecha: 7 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social REF/P

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: Seguimiento, Cadena de Valor para el Asegurado.

Condición: En la auditoría ejecutada al CAA N° 302, el equipo multidisciplinario determinó que no existe rapidez por parte de la institución para otorgar una consulta a los pacientes.

Criterio: De la resolución N° C.D. 020 “Normas Técnicas y Criterios para la clasificación del nivel de complejidad en las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud”, Artículo 3 “Del Ámbito y Definiciones”, se deriva que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, con fin de garantizar la atención para todos los asegurados del IESS, después de ser sometidos a algún tipo de tratamiento en las instalaciones del establecimiento en mención.

Causa: Esta situación se desencadena por la falta de organización en algunos de los departamentos de la organización.

Efecto: Esto ocasiona indudablemente que la calidad del servicio que presta el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 se vea afectada por la insatisfacción del usuario.

Conclusión: No existe un seguimiento del paciente en el laboratorio debido a la falta de un programa de planificación en esta área, específicamente hacia los pacientes que se realizan estudios en el mismo.

Recomendación: Un seguimiento eficiente a cada usuario que recibe sus resultados en cualquier departamento, no solamente en laboratorio, desembocaría en una cadena de valor hacia los pacientes.

Fecha: 7 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social REF/P

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: Credibilidad en todos los servicios ofrecidos

Condición: Se determinó que el 50% de los resultados entregados en laboratorio no son confiables para los usuarios de este centro.

Criterio: La Resolución N° C.D. 021 del 13 de octubre del 2003, en el Artículo 6, Inciso 2, establece que: “se debe aprobar y revisar anualmente las metodologías, los parámetros, a ser utilizados para identificar, analizar, visualizar, monitorear a los asegurados dentro del territorio nacional”.

Causa: Esta acción se suscita por la falta de equipos de punta o de última tecnología en algunos de los departamentos que tiene el centro de salud.

Efecto: Esto desencadena en confusiones y demoras para los médicos que atienden los casos en Consulta Externa, ya que no pueden encontrar rápidamente un diagnóstico adecuado para los pacientes que son tratados, al tener que fundamentar nuevamente las tesis con la realización de nuevos y hasta en ocasiones más costosos estudios.

Conclusión: Por tanto no existe confiabilidad por parte de los usuarios al departamento del laboratorio, al no contar con equipos con la última tecnología, en cuanto a estudios, pruebas se refirieren.

Recomendación: Para incrementar la credibilidad de ciertos departamentos hacia los usuarios, se deben revisar los equipos disponibles en la actualidad en el Centro de

Atención Ambulatoria N° 302, determinar su estado y vigencia, para de esta manera determinar la posibilidad de modernización de los mismos, o por lo menos adaptaciones para realizar estudios más eficientes y eficaces hacia los asegurados.

Fecha: 7 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTIÓN A1: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

TÍTULO DEL COMENTARIO: Las debilidades deben ser conocidas por el personal para poderlas enfrentar.

Condición: Se determinó que el 70% del personal de laboratorio no conoce las debilidades de los departamentos relacionado dentro de la institución..

Criterio: La resolución N° S. B. S. 2004 – 0843 del 22 de octubre del 2004, del Consejo Directivo Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece que la dirección departamental debe conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (F. O. D. A.) de cada jurisdicción y relacionados con el mismo.

Causa: Esto se da por la falta de comunicación e interés entre los departamentos, ya que estos disponen de centralización en la información.

Efecto: Esto puede ocasionar en gran medida la falta de eficiencia, al no contar con todas las herramientas para satisfacer al usuario que diariamente se atiende en el centro de salud.

Conclusión: Existe una debilidad importante en los departamentos, al no estar enterados de las acciones que toman los mismos para hacerle frente a sus problemas internos.

Recomendación: La comunicación de resultados entre los departamentos debe ser una de las necesidades primarias dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, para que exista una complementación hacia el cumplimiento de los planes y objetivos trazados.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: Personal necesario para atención al usuario

Condición: Se determinó que el 70% de los entrevistados no se sienten satisfechos con la cantidad de personal que brindan sus servicios en el área de laboratorio.

Criterio: El Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir los tecnólogos y demás personal necesario y capacitado en laboratorio, para satisfacer la demanda de pacientes de consulta externa y casos de emergencia.

El Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir el personal necesario y capacitado para satisfacer la demanda de recetas prescritas en consulta externa y casos de emergencia.

Causa: Este escenario se originó debido a que en laboratorio laboran solamente dos tecnólogos, los mismos que evidentemente no son los necesarios para atender con eficiencia y eficacia a los pacientes que requieren de sus servicios.

Efecto: Provoca que no se pueda atender con la suficiente rapidez, a los usuarios del servicio, y que el personal que actualmente se encuentra laborando en laboratorio haga esfuerzos extraordinarios para cumplir con los estándares establecidos en los indicadores de rendimiento.

Conclusión: A pesar de que el personal que labora en dicho lugar ha hecho un excelente trabajo, pues es lo que muestran los indicadores de gestión, no existe el personal necesario para satisfacer la demanda de exámenes requeridos ya sea por consulta externa o por consultas emergentes.

Recomendación: Para que exista una mayor eficacia en el proceso de toma de muestra para exámenes de laboratorio, se recomienda que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en dicho departamento, para poder mejorar el servicio.

Fecha: 4 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTIÓN Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa

TÍTULO DEL COMENTARIO: Expedientes actualizados y verificados periódicamente.

Condición: Se determinó que dentro del C. A. A. N° 302 han existido pérdidas de los historiales de los usuarios que se atienden dentro de la institución.

Criterio: La resolución N° C. D. 046, en su artículo N° 232, del Consejo Directivo Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece que se deben realizar periódicamente actualización y verificación de las existencias de los informes de diagnóstico de los médicos que laboran dentro de la institución hacia los pacientes atendidos, con la finalidad de constatar si el servicio prestado ha sido de utilidad para el afiliado.

Causa: Esto e gran medida se ha suscitado por la actualización del centro de salud, la base de datos nueva, el cambio de la infraestructura a provocado la pérdida de algunos de los expedientes de los usuarios.

Efecto: Esto puede ocasionar que los pacientes busquen otras alternativas en lo que ha servicio de salud se refiere.

Conclusión: Han existido pérdidas de expedientes dentro del centro de salud por la modernización ejecutada dentro del mismo.

Recomendación: Es importante recomendar al Directorio que se ejecuten medidas de cuidado con ciertos documentos valiosos tanto para la institución como para los

usuarios del centro de salud, los expedientes deben ser periódicamente actualizados y verificar la existencia de los informes de diagnóstico de los médicos que laboran dentro de la institución hacia los pacientes atendidos, con la finalidad de constatar si el servicio prestado ha sido de utilidad para el afiliado, así como la existencia de los mismos

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTIÓN Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa

TÍTULO DEL COMENTARIO: Los internos, una ayuda de atención eficiente al usuario más que una práctica de sus conocimientos.

Condición: Se estableció que el 50% de los usuarios que diariamente se atienden en las instalaciones no están satisfechos con la prestación de los servicios.

Criterio: La resolución N° C. D. 41 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, remitido el 27 de agosto del 2003, en el párrafo N° 21 describe que el proceso formal de atención al afiliado debe ser en términos de colaboración

entre las partes, recalcando que se debe cumplir con toda la rigurosidad del caso a los usuarios, tanto en forma de pago por las aportaciones como de conocimientos hacia la atención.

Causa: Este evento en gran medida se suscita por la presencia de los Internos, que en ocasiones no conocen perfectamente los procedimientos que tienen que realizar.

Efecto: Esto puede originar las repetidas quejas a los médicos de consulta externo del servicio que están prestando en los centros de enfermería.

Conclusión: Por lo tanto, los usuarios muestran algunas quejas hacia los médicos por no ser atendidos correctamente en os departamentos de enfermería, por la falta de conocimiento en los procesos específicos por parte de los internos o practicantes.

Recomendación: Se recomienda prestar más atención del personal que va a tener contacto directo con los afiliados, pues sólo así la institución no perderá credibilidad y confianza; se deben realizar entrenamientos esporádicos al personal de enfermería para la ejecución de un trabajo eficiente en el área.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa

TITULO DEL COMENTARIO: La adjudicación de turnos, un problema de centralización.

Condición: Se estableció que el 50% de los pacientes entrevistados han perdido turnos, de la misma manera que el proceso para recibir una fecha y hora específica para la atención es demasiado larga o compleja para los usuarios.

Criterio: La resolución N° C.D. 020 “Normas Técnicas y Criterios para la clasificación del nivel de complejidad en las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud”, Artículo 9 “Responsabilidades”, se establecen los procesos que regirán en las organizaciones descentralizadas de salud para la otorgación de turnos a los afiliados, queda a la disponibilidad de los directores de las regionales establecidas por decreto presidencial.

Causa: La pérdida de turnos en gran medida se suscita por el servicio burocrático que predomina en el IESS.

Efecto: Esto puede desembocar como un efecto negativo hacia los usuarios, pues ocasiona que los mismos aparte de que se quejen por los servicios que brinda el IESS

Conclusión: En conclusión, el 50% de los afiliados entrevistados han perdido turnos dentro del centro de salud N° 302, por el servicio burocrático que representa la adjudicación de turnos dentro de la institución para algunos de los usuarios.

Recomendación: El sistema de adjudicación de turnos debe ser revisado por el Directorio de la organización y en cierta medida reorganizar al mismo, pretendiendo beneficiar a los usuarios, especialmente a aquellos que no gozan de la disponibilidad y salud para recibir un turno, como los ancianos, mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, etc., de esta manera brindar un servicio eficiente hacia todos los afiliados.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA  
HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTIÓN Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa

TÍTULO DEL COMENTARIO: Un seguimiento post consulta es necesario para todos los usuarios.

Condición: En la auditoría de gestión, ayudándonos de herramientas como la encuesta, se solicitó la opinión acerca de si existe un seguimiento por parte de los médicos a los tratamientos dados, en la que los usuarios respondieron con un 22% que no existe mayor preocupación de los procedimientos realizados.

Criterio: La resolución N° C. D. 41 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, remitido el 27 de agosto del 2003, en el párrafo N° 29 explica del seguimiento oportuno hacia la atención óptima del afiliado, en el que se le deben dar todas las atribuciones a los médicos de cada área para evaluar sus desempeños en técnicas y tratamientos dados a los usuarios del servicio.

Causa: Este problema se da por la falta de personal o el poco interés de los médicos hacia la consecución de los resultados en los pacientes.

Efecto: Esto puede representar un cierto grado de molestias para los afiliados al no contar con una prescripción post consulta.

Conclusión: Dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, sólo en ciertos casos existe un seguimiento de la institución hacia el paciente, quedando descartado la verificación de los resultados en los tratamientos recomendados por los especialistas para todos los que se atienden en la institución.

Recomendación: Se debe tener en cuenta una actualización en la base de datos de los pacientes tratados en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, con la finalidad de llamar a sus casas o por lo menos tratar de guardar un cierto grado de seguimiento post consulta, para recordarles cuando tienen el siguiente turno, si los medicamentos o el tratamiento esta surtiendo los beneficios que deberían hacerlo, entre otros, para que el afiliado que se atiende en el centro tenga el beneficio y la satisfacción de que existe un grado de interés por parte de la institución, esta tarea los pueden realizar los internos de las universidades que realizan sus prácticas, tanto para adquirir conocimientos como para poner en práctica los aprendidos.

Fecha: 9 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa, Farmacia & Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: La señalización como parte de la dirección para llegar a la excelencia.

Condición: Determinamos que el 56% piensa que la señalización existente es suficiente.

Criterio: La resolución N° C.D. 023 en “Disposiciones Generales”, segundo párrafo especifica que, el director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad tiene la disponibilidad de ejercer direccionamientos hacia el afiliado en la

institución que dirige, con la finalidad de abastecer eficientemente las necesidades del mismo.

Causa: Este problema se da por la falta o incorrecta señalización de los departamentos existente dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302.

Efecto: Esto puede llegar a convertirse en un gran conflicto para los usuarios, que al no encontrar los departamentos en donde tienen que ser atendidos, los mismos prefieran marcharse de la institución.

Conclusión: No existe los suficientes letreros de localización, la debida señalización dentro del centro de salud o los mismos no gozan de características que los hagan ser más visibles.

Recomendación: Se debe nombrar una comisión para inspeccionar los letreros y la señalización disponible dentro de la institución, con la finalidad de verificar su óptima localización y si es el caso integrar al presupuesto anual una partida para este tipo de activos que ayudan a ejercer un servicio eficiente hacia los afiliados.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón Calle

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social  
COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa, Farmacia & Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: Capacitación, un Requerimiento.

Condición: Se determinó que el grado de capacitación que ha sido impartido por el CAA N° 302, había existido poco o casi nulo entrenamiento físico e intelectual, de carácter administrativo, de relaciones humanas, etc.

Criterio: La resolución N° C.D. 035 del “Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, Artículo 59 especifica que, el director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad tiene la disponibilidad de ejercer direccionamientos hacia el empleado, con la finalidad de Brindar un servicio de excelencia hacia el afiliado”.

Causa: Este evento se suscita por un grado de despreocupación del directoria hacia la capacitación de los empleados.

Efecto: Esto puede ocasionar un grado de desconocimientos en nuevas técnicas y procedimientos tanto administrativos como en la salud.

Conclusión: El personal ha recibido poco o casi nulo entrenamiento acerca de sus tareas en el ejercicio diario, en conocimientos administrativos, de carrera, etc.,

Recomendación: Es importante sugerir al directorio que se tome más en cuenta una capacitación práctica y de relaciones humanas a sus empleados, ya que con esto se pretendería cumplir con los objetivos de cada departamento, con un personal capacitado no solamente para atender a sus pacientes, sino también para enfrentarse a cualquier caso de emergencia, en conocimientos técnicos y físicos, ayuda social, en otras áreas, y de la misma manera evaluar con talleres prácticos post cursos los conocimientos adquiridos en los mismos.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIDAD AUDITORÍA INTERNA

HOJA DE HALLAZGOS

AUDITORÍA DE GESTION Al: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

COMPONENTE: Centro de Atención Ambulatoria N° 302

SUBCOMPONENTE: Consulta Externa, Farmacia & Laboratorio

TITULO DEL COMENTARIO: La disponibilidad de un manual de procedimientos ayuda a ejercer la eficiencia.

Condición: Se determinó que el 50% del personal que labora en la institución se rige por un manual de procedimientos así mismo no conoce el manual de ética que rige la institución, los que ayuda a desempeñar eficientemente las tareas que cada persona tiene en sus puestos de trabajo.

Criterio: La resolución N° C.D. 035 del “Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, Artículo 39 especifica que, los funcionarios que laboren en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o en centros anexos utilizaran un manual de procedimientos en el que basaran sus actividades y procedimientos dentro de los lugares en donde laboren”.

Causa: El equipo multidisciplinario piensa que este problema se da por la falta de conocimiento hacia los instructivos disponibles que los da la entidad para cada uno de sus empleados, de la misma manera creemos que la falta de interés de algunos de los miembros del personal es un factor relevante para la existencia del problema.

Efecto: Esto puede ocasionar desconocimientos en algunos procedimientos especiales que se realizan dentro del Centro de Atención Ambulatorio N° 302, pues al este ser una entidad pública los procesos son diferentes a las de entidades del sector privado,

de la misma manera puede producir una falta de ética en las actividades desempeñadas dentro de la institución.

Conclusión: En conclusión, existe un grado de desconocimiento hacia un manual de procedimientos y de ética que rigen las instituciones del sector público, especialmente en el área de salud, lo que puede originar problemas graves de comportamiento, así como de desconocimientos en procedimientos especiales.

Recomendación: Se debe recomendar la implantación de un manual de procedimientos para el personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, y si es el caso de que este si existe y los empleados no los conocen realizar talleres de información hacia los mismos, con el objetivo de que verifiquen sus tareas según el mismo, sepan como pueden ser evaluados, gocen de una planificación óptima en cada departamentos, entre otras ventajas que conlleva basarse en un Manual de Procedimientos.

Fecha: 8 de enero del 2008

Auditado por: Andrés Izquierdo Toledo      Revisado por: Karol Ramón C.

### **3.3.5. Definición de la Estructura del Informe**

Carátula

La estructura del informe

Abreviaturas Utilizadas.

### **3.3.6. Modelo Carta de presentación del Informe**

Modelo Carta de Presentación del Informe

OFICIO No. 004

ASUNTO: Carta de Presentación del informe

FECHA: 20 de diciembre de 2007



Señores

DIRECTOR Y CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Hemos efectuado la auditoría de gestión al Centro de Atención Ambulatoria No 302, por el periodo comprendido entre el 5 de diciembre del 2007 y el 15 de enero del 2008, con cargo al Plan de Actividades de la Unidad de Auditoría Interna para el año 2008.

Nuestra auditoría de gestión fue realizada de acuerdo con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas. Estas normas requieren que la auditoría sea planificada y ejecutada para obtener certeza razonable que la información y documentación examinada no contienen exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente, que las operaciones a las cuales corresponden se hayan efectuado de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias, políticas y demás normas aplicables.

Se analizó como componente al Centro de Atención Ambulatoria No 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; y, como subcomponentes el departamento de farmacia, consulta externa y laboratorio. Los resultados por su importancia se detallan a continuación:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con un manual de procedimientos que contenga las actividades que deben seguirse en la realización de

las funciones lo cual es de suma importancia para mejorar la eficiencia y eficacia en el desarrollo de las tareas de los empleados y funcionarios

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con una herramienta de gestión sumamente importante como es el Plan Operativo Anual, necesario para planificar las actividades a desarrollarse anualmente y que por consiguiente nos permitiría verificar lo cumplido con lo planificado.

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no ha establecido formalmente cuales son sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, por lo que no se puede reconocer con claridad los elementos internos y externos que afecta tanto de manera positiva como negativa a la organización como un todo.

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con medios de comunicación internos, capaz de informar al personal sobre sus responsabilidades, ni con una comunicación externa como es el de no disponer de líneas abiertas de comunicación donde los usuarios del servicio puedan aportar con información de gran valor sobre la calidad de los mismos, impidiendo de esta manera que la entidad responda a cambios en las preferencias y exigencias del público.

Dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, no existe una cultura organizacional, la misma que generaría eficacia al mismo momento que se concibe la eficiencia dentro de la institución, el personal está equivocado en pensar que una organización pública nada más debe someterse a los estándares establecidos para cumplir sus metas y objetivos trazados, debe existir cierto grado de integración con el beneficio hacia el usuario, para complementar dicho criterios hacia el logro de planes implementados por su directorio.

Existe personal dentro de la institución que no goza de todas las prestaciones laborales requeridas dentro del sector público, el nombramiento, que a más de

representar una certificación del puesto efectivo de cada persona y de sus tareas, se conjuga con la seguridad de las obligaciones que se ejecutan.

Existe un grado de falta de compañerismo entre los trabajadores que laboran en el CAA N° 302, lo que puede estar afectando directamente a la consecución de los objetivos trazados, ya que al no existir una difusión de la información de cada departamento, esto afecta directamente a las áreas relacionadas, por no cubrir ciertos espacios de informaciones requeridas para el desarrollo de metas y objetivos planificados.

No existe el suficiente espacio para el departamento de contabilidad, lo que representa un problema para las personas que laboran en el mismo, que la no contar con la infraestructura necesaria se podría perder la estacionalidad de los documentos realizados, así como no fomenta un clima organizacional para las tareas que ejecuta dicho departamento..

Debido a la naturaleza especial de nuestro examen, los resultados se encuentran expresados en los comentarios, conclusiones y recomendaciones, que constan en el presente informe. Es pertinente que sean aplicadas adecuadamente con el propósito de mejorar la gestión de la empresa y cumplir con los objetivos y metas previstas.

Atentamente,

---

Karol Vannessa Ramón Calle

### **3.3.7. Estructura del Informe por capítulos.**

#### Capítulo I

#### **Enfoque de la Auditoría**

Motivos de la Auditoría:

Objetivos

Objetivo General

Objetivos Específicos

Alcance:

Enfoque de la Auditoría:

Subcomponentes auditados:

Indicadores Utilizados:

## Capítulo II

### **Información de la Entidad**

Misión de la Entidad

Visión

FODA

Objetivos de la Entidad

Base Legal de la Entidad

Estructura Legal de la Entidad

Financiamiento de la entidad

Presupuesto:

## Capítulo III

### **Resultados Generales**

Hallazgos Generales

Conclusiones

Recomendaciones

## Capítulo IV

### **Resultados Específico por Componente**

#### **Farmacia:**

Hallazgos

Conclusiones

Recomendaciones

#### **Laboratorio**

Hallazgos

Conclusiones

Recomendaciones

#### **Consulta Externa**

Hallazgos

Conclusiones

Recomendaciones

## Capítulo V

### **Anexos y Apéndice**

Índice

Ejecución Presupuestaria

Estados de Resultados de la Entidad

Obtención de indicadores institucionales

#### **3.4. FASE IV: Comunicación de Resultados**

##### **3.4.1 Carátula**

**CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA No 302 DEL  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

AUDITORÍA INTERNA



INFORME:

“AUDITORÍA DE GESTION A  
CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA-302”

UAI-02-01-2005/31-12-2006

Cuenca – Ecuador

### 3.4.2 Abreviaturas utilizadas

LOCGE:	Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
RO:	Registro Oficial
No.:	Numero
Art.:	Articulo
FODA:	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas.
NAGA-SP:	Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas Aplicables en el Sector Publico.
OLACEFS:	Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadores.
COSO:	Commité of Sponsoring Organizations of Tread way Commisión.
ARC:	Área de Resultado Clave.
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
CAA- 302:	Centro de Atención Ambulatoria No 302
C-E:	Consulta externa.

### 3.4.3 Carta de Presentación del informe.

OFICIO No. 005

ASUNTO: Carta de Presentación del informe

FECHA: 20 de diciembre de 2007



Señores

DIRECTOR Y CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Hemos efectuado la auditoría de gestión al Centro de Atención Ambulatoria No 302, por el periodo comprendido entre el 5 de diciembre del 2007 y el 15 de enero del 2008, con cargo al Plan de Actividades de la Unidad de Auditoría Interna para el año 2008.

Nuestra auditoría de gestión fue realizada de acuerdo con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas. Estas normas requieren que la auditoría sea planificada y ejecutada para obtener certeza razonable que la información y documentación examinada no contienen exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente, que las operaciones a las cuales corresponden se hayan efectuado de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias, políticas y demás normas aplicables.

Se analizó como componente al Centro de Atención Ambulatoria No 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; y, como subcomponentes el departamento de farmacia, consulta externa y laboratorio. Los resultados por su importancia se detallan a continuación:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con un manual de procedimientos que contenga las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones lo cual es de suma importancia para mejorar la eficiencia y eficacia en el desarrollo de las tareas de los empleados y funcionarios.

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con una herramienta de gestión sumamente importante como es el Plan Operativo Anual, necesario para planificar las actividades a desarrollarse anualmente y que por consiguiente nos permitiría verificar lo cumplido con lo planificado.

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no ha establecido formalmente cuales son sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, por lo que no se puede reconocer con claridad los elementos internos y externos que afecta tanto de manera positiva como negativa a la organización como un todo.

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con medios de comunicación internos, capaz de informar al personal sobre sus responsabilidades, ni con una comunicación externa como es el de no disponer de líneas abiertas de comunicación donde los usuarios del servicio puedan aportar con información de gran valor sobre la calidad de los mismos, impidiendo de esta manera que la entidad responda a cambios en las preferencias y exigencias del público.

Dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, no existe una cultura organizacional, la misma que generaría eficacia al mismo momento que se concibe la eficiencia dentro de la institución, el personal está equivocado en pensar que una organización pública nada más debe someterse a los estándares establecidos para cumplir sus metas y objetivos trazados, debe existir cierto grado de integración con el beneficio hacia el usuario, para complementar dicho criterios hacia el logro de planes implementados por su directorio.

Existe personal dentro de la institución que no goza de todas las prestaciones laborales requeridas dentro del sector público, el nombramiento, que a más de representar una certificación del puesto efectivo de cada persona y de sus tareas, se conjuga con la seguridad de las obligaciones que se ejecutan.

Existe un grado de falta de compañerismo entre los trabajadores que laboran en el CAA N° 302, lo que puede estar afectando directamente a la consecución de los objetivos trazados, ya que al no existir una difusión de la información de cada departamento, esto afecta directamente a las áreas relacionadas, por no cubrir ciertos espacios de informaciones requeridas para el desarrollo de metas y objetivos planificados.

No existe el suficiente espacio para el departamento de contabilidad, lo que representa un problema para las personas que laboran en el mismo, que la no contar con la infraestructura necesaria se podría perder la estacionalidad de los documentos realizados, así como no fomenta un clima organizacional para las tareas que ejecuta dicho departamento..

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

Atentamente,

---

Karol Vannessa Ramón Calle  
AUDITOR GENERAL

### **3.4.2 Informe.**

#### **Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria No 302**

##### **3.4.2.01. Capítulo I**

### **CAPITULO I**

#### **ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**

##### **Motivos de la Auditoría:**

La "Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatorio No 302 del IESS", se llevó a cabo con la finalidad de evaluar la Gestión que ha venido realizando el Director durante el tiempo que ha ocupado en su cargo.

##### **Objetivos:**

##### **Objetivo General**

Evaluar la gestión realizada en el servicio de farmacia, consulta externa y laboratorio clínico del CAA – 302 en términos de eficiencia, eficacia, ética y economía.

##### **Objetivos Específicos**

- Determinar la ética de los médicos y demás personal que trabajan en estas áreas, es decir evaluar su conducta institucional versus normas profesionales, legales y consuetudinarias.
- Determinar el grado en el que servicio está cumpliendo sus objetivos establecidos, planteados, expresados en términos de calidad, cantidad, tiempo, etc.
- Verificar si los equipos e insumos que posee el CAA – 302 se han adquirido en forma económica y si estos han sido utilizados eficientemente.
- Determinar el grado de comunicación de objetivos y plan estratégico de la institución hacia sus empleados y usuarios.
- Determinar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable al área examinada.

#### **Alcance:**

La "Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria No 302" se orienta al análisis de la organización, funcionamiento, la evaluación del sistema de control interno, la consecución de los objetivos y metas planeados y el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable al área examinada.

El examen cubrió las operaciones comprendidas entre el 5 de diciembre de 2007 y el 15 de enero de 2008.

#### **Enfoque de la auditoría:**

La auditoría se orientó al análisis organizacional y funcional del CAA-302, conforme a su ordenanza de creación, la eficiencia y eficacia de las operaciones en el cumplimiento de sus objetivos y metas corporativas, el manejo

presupuestario y contable, el sistema de control interno y el cumplimiento de las disposiciones legales.

### **Subcomponentes Auditados:**

- ⊗ Consulta externa
- ⊗ Laboratorio
- ⊗ Farmacia

### **Indicadores Utilizados:**

- ⊗ Indicadores de Producción
- ⊗ Indicadores de Gestión

Promedio Consulta externa

Concentración Consulta

Promedio Consulta / hora médico

Promedio diario horas médico trabajadas

Promedio recetas despachadas C. Ext.

Promedio recetas prescritas Disp Anex.

% efectivización de recetas

N estudios imaginología X 1000 AF.

N. Placas imaginología X estudio

N. estudio imaginología X 100 consultas

Promedio de exámenes por día laborado

N. de determinaciones por examen

Exámenes X 100 Consultas

Promedio Atenciones Odontológicas/hora

Restauraciones / extracciones

Promedio hora laborada Odont. /día

T. O. T. Odontólogo / Hora

### **3.4.2.02. Capítulo II**

## **C A P I T U L O   I I**

### **INFORMACION DE LA ENTIDAD**

#### **Misión:**

El CAA 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tiene la misión de dar atención médica, odontológica y farmacológica.

#### **Visión:**

El CAA 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se encuentra en una transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la seguridad social vigente, convertirá esta Institución en una aseguradora técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia y oportunidad a toda persona que solicite los servicios o las prestaciones que ofrecen.

#### **F. O. D. A.**

El Centro de Atención Ambulatorio No 302 ha elaborado el siguiente diagnóstico FODA de la dependencia:

**Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

**Diagnostico F.O.D.A.**

Componente: CAA No 302

<b>FACTORES INTERNOS</b>		<b>FACTORES EXTERNOS</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
Control eficiente en los horarios del personal	Falta de madurez en el talento humano	Reconocimiento a nivel de Organizaciones Internacionales de Salud.	Competencia con hospitales privados.
Preparación académica a nivel Superior.	No hay comunicación, por lo que no hay difusión de la información	Los afiliados a pesar de dificultades políticas y de los servicios brindados se sienten satisfechos por la atención que brinda el personal de la institución	Dependencia económica existente, impide realizar gestiones en búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento incluido la falta de una buena política administrativa relacionada con la autogestión.
Infraestructura, capacidad instalada,	Hay eficiencia pero no eficacia en la prestación de servicios	Se encuentra ubicado en el centro histórico de Cuenca lo cual permite a sus usuarios mayor facilidad de acceso.	Dependencia administrativa del la sede del IESS ubicada en Quito, en ciertas actividades
Profesionales de salud especializados.	No existe una capacitación permanente a nivel de profesionales de salud.		
	No hay seguimiento en el servicio ofrecido		

<p>Personal médico con especializaciones en el exterior.</p>	<p>Existe temor para presentar denuncias</p>		<p>relacionadas con el Recurso Humano, tales como contratación de personal, movilizaciones, trámites de permisos, vacaciones y otros.</p>
<p>Potenciales pacientes que aportan con descuentos permanentes de sus remuneraciones que sustenta la continuidad en la prestación de servicios, a más del aporte del Estado.</p>	<p>No poseen manuales de procesos</p> <p>No existe un departamento de control interno</p>		<p>Falta de mejoramiento en la calidad de servicios de salud y atención a los usuarios, puede generar corrientes que se inclinen por un sistema de medicina privada.</p>
<p>Se basan en un orgánico funcional</p>	<p>Las funciones establecidas en el Reglamento Orgánico Funcional no son compatibles con la realidad, no se cumplen.</p>		<p>Modernización del sector público puede incluir la privatización de los servicios, supresión de entidades y actividades, e incluso reducción de personal.</p>
<p>Se basan en un presupuesto razón por la cual las adquisiciones son eficientes.</p>			<p>Nivel de decisiones de las políticas actuales crea incertidumbre dentro de la organización.</p>
<p>Nunca faltan medicamentos</p>			
<p>Disponen de un buen presupuesto</p>			

### **Objetivos:**

- ⊗ Prestar servicio de salud a los afiliados, jubilados y derecho habientes de los seguros sociales de enfermedad y maternidad, en los términos que señala la Ley del Seguro Social Obligatorio y el estatuto codificado del IESS y a la población en general mediante contratos individuales o corporativos.
- ⊗ Prestar atención ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

### **Base Legal:**

- ⊗ Ley Orgánica de Régimen Municipal.
- ⊗ Ordenanza de Creación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- ⊗ Reglamento de la Estructura Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- ⊗ Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
- ⊗ Reglamento a la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
- ⊗ Normas de Control Interno para el Sector Público de la Republica del Ecuador.
- ⊗ Otras leyes y reglamentos relacionados con el área examinada de aplicación en la Municipalidad.

### **Estructura Orgánica:**

Mediante Resolución N ° 021, el Consejo Directivo del IESS aprobó el nuevo orgánico funcional de la Institución que cuenta con seis niveles:

1. Nivel de gobierno y Dirección superior.- Responsables de la aplicación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional: Consejo Directivo, Dirección General y Dirección Provincial.

2. Nivel de Dirección especializada.- Órganos especializados en el aseguramiento de las contingencias y calificación del derecho a las prestaciones que otorga el Seguro General Obligatorio: Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Dirección del Sistema de Pensiones, Dirección del Seguro General de Riegos del Trabajo y Dirección del Seguro Social Campesino.

3. Nivel de reclamación administrativa.- Responsables de la aprobación o denegación de los reclamos de prestaciones plantados por los asegurados: Comisión Nacional de Apelaciones y Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Son instancias de resolución administrativa.

4. Nivel Técnico Auxiliar.- Dirección Actuarial y Comisión Técnica de Inversiones.

5. Nivel de Control Interno.- La Auditoría Interna es el órgano de control independiente, de evaluación y asesoría, responsable del examen posterior, objetivo, profesional, sistemático y periódico de los procedimientos administrativos, presupuestarios y financieros del Instituto.

6. Nivel de asistencia técnica y administrativa.- Dirección Económica Financiera, Dirección de Servicios Corporativos, Dirección de Desarrollo Institucional, Secretaría General y Procuraduría General.

### **3.4.2.03. Capítulo III**

## **CAPITULO III RESULTADOS GENERALES**

### **Incrementos de la eficiencia en las labores a través de un Manual de Procedimientos**

En el análisis realizado al componente CAA - 302 determinamos que la institución no posee ningún documento que contenga la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de la unidad administrativa. Es de suma importancia, que una entidad como el CAA – 302 tenga un manual de procedimientos que permita conocer a todos los funcionarios y empleados el funcionamiento interno de la institución, sobre todo por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

Al respecto la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado No 2002-73 en el artículo 16 establece:

Para la aplicación del control interno las entidades deberán basarse en un manual de procesos y procedimientos en el cual estarán establecidas las funciones incompatibles, la distinción entre ordenadores de gasto y ordenadores de pago, los procedimientos y los procesos administrativos, financieros, operativos y ambientales, para reducir el grado de error y la posibilidad de fraude a niveles mínimos, el pago con cheques o por la red bancaria, el depósito intacto e inmediato de lo recaudado y el otorgamiento de recibos. Cada entidad emitirá, codificará y actualizará su reglamento orgánico funcional, que será publicado en el Registro Oficial.

Esta situación se originó debido a la despreocupación de los directores que han pasado por el mando, pues no han visto la necesidad de implementar un manual de procedimientos que les ayude a mejorar cada una de las actividades realizadas en el interior de la institución.

Este ambiente impide aumentar la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y como deben hacerlo, también imposibilita la coordinación de actividades para evitar duplicidades y más de ello restringe la construcción de una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

Conclusión:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con un manual de procedimientos que contenga las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones lo cual es de suma importancia para mejorar la eficiencia y eficacia en el desarrollo de las tareas de los empleados y funcionarios.

Recomendación No 1:

El Director actual del CAA – 302 debe preparar un proyecto del manual de procedimientos, el mismo que debe ser elaborado de acuerdo a las características de la entidad y posteriormente ser presentado a las autoridades competentes para su aprobación.

### **Decisiones de Acciones Correctivas Mediante la Ejecución del POA**

En el análisis realizado al componente CAA - 302 determinamos que la institución no cuenta con un plan operativo anual, el mismo que en caso de existir y de ser ejecutado permitiría tomar decisiones correctivas que aseguren el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas por la institución.

Al respecto el decreto dictado por el Órgano del Gobierno del Ecuador Tribunal Institucional establece que: “El Plan Operativo Anual (POA) debe sustentarse en los grandes objetivos, metas, e indicadores gubernamentales, establecidos en el Plan Plurianual de Gobierno”

Esta situación se originó debido a que en la entidad se basan en un Plan Operativo Anual no formal, es decir que el mismo no está elaborado de acuerdo a los

requerimientos de la ley, por lo tanto no se ha visto la necesidad de crear un POA estrictamente formal.

Este ambiente impide planificar las actividades a desarrollarse en el año y verificar el avance de la ejecución de los proyectos en relación a lo presupuestado, por lo tanto limita las labores que se llevan a cabo en la institución, por el hecho de no tener las fuentes necesarias para cerciorarnos de que el resultado esperado por la entidad se ha logrado.

Conclusión:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con una herramienta de gestión sumamente importante como es el Plan Operativo Anual, necesario para planificar las actividades a desarrollarse anualmente y que por consiguiente nos permitiría verificar lo cumplido con lo planificado.

Recomendación No 2

El Director actual del CAA – 302 conjuntamente con representantes que integren todas las áreas, deben llevar a cabo la implantación de un Plan Operativo Anual de manera participativa con todos los departamentos que conforman la entidad. Si los funcionarios y empleados de la institución no conocen el POA no podrán comprometerse en las acciones que este los involucra.

### **Consecución de Metas y Objetivos mediante planes estratégicos y direccionales**

En el análisis realizado al componente CAA - 302 determinamos que la institución no cuenta con una herramienta de gran utilidad como son los planes direccionales y estratégicos los mismos que son aplicables a toda la empresa, y que se refieren al establecimiento global de los objetivos de la organización. Si bien es cierto, el director de la entidad sabe cuales son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del CAA – 302, sin embargo estas no han sido plantadas formalmente en documentos ni promovidas al conocimiento y su aplicación por los empleados y funcionarios.

El Manual de Auditoría de Gestión emitido por la Contraloría General del Estado, cuya aplicación obligatoria recae en las instituciones del sector público, al respecto se pronuncia aseverando lo siguiente:

“Una herramienta muy útil para este fin es la planificación estratégica, toda vez que constituye un proceso estructurado y participativo, mediante el cual una organización apunta a la especificación de su misión, a la expresión de esta misión en objetivo, y al establecimiento de metas concretas de productividad y de gestión”.

En cuanto a la importancia del FODA en las instituciones dice lo siguiente: “En una entidad es necesario detectar las fuerzas y debilidades; así como, las oportunidades y amenazas en el ambiente de la Organización, y las acciones realizadas o factibles de llevarse a cabo para obtener ventaja de las primeras y reducir los posibles impactos negativos de las segundas”.

Esta situación se originó debido a que los principales funcionarios no conocen la importancia de la implantación de planes estratégicos para la entidad, y sobre todo no se orientan a promover el conocimiento de dichos planes a cada uno de los empleados, pues ellos necesitan estar al tanto de todos los aspectos de la entidad, sean estos positivos o negativos, así como también es fundamental que conozcan las estrategias a seguirse para el cumplimiento de metas y objetivos.

El hecho de no existir en la institución una matriz FODA trae como desventaja el impedimento para realizar un diagnóstico rápido de la situación de cualquier entidad, considerando los factores externos e internos que la afectan y así poder delinear la estrategia para el logro satisfactorio de las metas y objetivos inherentes a la empresa.

Conclusión:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no ha establecido formalmente cuales son sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, por lo que no se puede

reconocer con claridad los elementos internos y externos que afecta tanto de manera positiva como negativa a la organización como un todo.

### Recomendación No 3

El Director actual del CAA – 302 debe tener la iniciativa de formular una matriz FODA que incluya todo los aspectos que beneficien o repercutan a la entidad y luego de ello, lo fundamental e importante es promulgar al conocimiento del la misma a todos los empleados de la institución para que de ésta manera ellos conozcan los factores y elementos que pueden ayudar o retrasar el cumplimiento de metas.

### **La comunicación eficaz conduce al éxito de los servicios prestados**

En el análisis realizado al componente CAA - 302 determinamos que la entidad no cuenta con un departamento de comunicación social o relaciones públicas, que se encarga de medir el impacto o repercusión a mediano o largo plazo en el entorno social o ambiental de los servicios prestados.

La comunicación implica proporcionar un apropiado conocimiento sobre los roles y responsabilidades individuales involucradas en el control interno de la información financiera.

El Manual de Auditoría de Gestión emitido por la Contraloría General del Estado, cuya aplicación obligatoria recae en las instituciones del sector público, al respecto se pronuncia aseverando lo siguiente: según el SAS 78: “La información y comunicación representan la identificación, captura e intercambio de la información en una forma y tiempo que permita a la gente llevar a cabo sus responsabilidades”.

Esta situación se originó debido a que en el CAA -302 no se ha promovido una comunicación tanto interna como externa y también por que no se ha dado la respectiva importancia al hecho de que en toda institución para llegar al éxito debe existir una comunicación más amplia que aborde las expectativas y responsabilidad

de las personas y los grupos, pero también de otras cuestiones importantes como es que exista una adecuada relación entre cada departamento.

Este ambiente trae como consecuencia una comunicación ineficaz al personal sobre sus funciones y actividades de control; que no exista un adecuado establecimiento de líneas para denuncias; la sensibilidad de la dirección ante las propuestas del personal para mejorar la productividad, la calidad, y la ineficiencia en las líneas de comunicación con el público y terceros relacionados.

Conclusión:

El Centro de Atención Ambulatoria No 302 no cuenta con medios de comunicación internos, capaz de informar al personal sobre sus responsabilidades, ni con una comunicación externa como es el de no disponer de líneas abiertas de comunicación donde los usuarios del servicio puedan aportar con información de gran valor sobre la calidad de los mismos, impidiendo de esta manera que la entidad responda a cambios en las preferencias y exigencias del público.

Recomendación No 4

El Director actual del CAA – 302 debe promover la comunicación interna y externa entre todo el personal de la entidad y sus usuarios por ejemplo materializándola en manuales de políticas, memorias, avisos, carteleras, anuncios o mensajes en video o verbales, entre otras.

**¿La sólo existencia de eficiencia afecta la eficacia?**

Del análisis realizado al componente Centro de Atención Ambulatoria N° 302, se estableció que existe eficiencia del servicio ofrecido por la entidad, más no eficacia hacia la prestación del mismo hacia el afiliado, entendiéndose por eficiencia lo que muestra el Manual de Auditoría de Gestión, de Asesoría General, implementado por la Contraloría General del Estado, en el año del 2002, por Acuerdo N° 031 C G, en el capítulo 1 “Generalidades”, página 14, de las herramientas de gestión explica que:

“la eficiencia son los insumos que producen los mejores resultados con el menor costo o la utilización provechosa de los recursos, en otros términos, es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios, se expresa como porcentaje comparando la relación insumo-producción con un estándar aceptable o norma; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo...”

Así, en el mismo Manual, página 15 manifiesta, “la eficacia son los resultados que brinda los efectos deseados, en otras palabras, es la relación entre los servicios o productos generados y los objetivos y metas programados; es decir, entre los resultados esperados y los resultados reales de los proyectos, por lo que la eficacia es el grado en que una actividad o programa alcanza sus objetivos, metas u otros efectos que se había propuesto; tiene que ver con el resultado del proceso de trabajo de la entidad, por lo que debe comprobarse que la producción o el servicio se haya cumplido en la cantidad y calidad esperadas; y que sea socialmente útil el producto obtenido o el servicio prestado.

Esta situación se ocasiona debido a que el personal de la institución no se muestra interesado en cumplir ciertos estándares establecidos dentro de la organización, este más bien se limita en sus funciones, es decir, el personal atiende a las personas que están dentro de su horario y no genera rendimiento hacia el afiliado que espera su turno, y este al no ser atendido por la hora en que se encuentra, produce una amplia gama de sentimiento de desatención del CAA N° 302.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, no existe una cultura organizacional, la misma que generaría eficacia al mismo momento que se concibe la eficiencia dentro de la institución, el personal está equivocado en pensar que una organización pública nada más debe someterse a los estándares establecidos para cumplir sus metas y objetivos trazados, debe existir cierto grado de integración con el beneficio hacia el usuario, para complementar dicho criterios hacia el logro de planes implementados por su directorio.

#### Recomendación N° 5

La implantación de una cultura organizacional debe ser concedida desde el mismo momento de creación de la entidad pública, ya que al prestar un servicio hacia las personas que gozan de un aseguramiento de salud, las entidades deben comprometerse a lo mismo, así cumpliendo con los estándares pero de igual manera tratando de brindar satisfacción hacia todo el usuario que se sienta desatendido.

Seria una necesidad del personal hacia el Directorio, que de la misma manera que es evaluado su rendimiento por medio de patrones ya establecidos, la implementación de técnicas hacia el usuario para medir su grado de beneficio prestado por el Centro de Atención Ambulatorio N° 302, y como estos ya se constituyen en requerimientos de la institución, poner más énfasis en los mismos para tratar de beneficiar más a el afiliado que es atendido que a los estándares de generación internos.

#### Recomendación N° 6.

La implementación de charlas efectuadas por el Directorio hacia los Médicos de Consulta Externa, complementaria el aprendizaje de los métodos de evaluación, así como también la forma de generar una cultura organizacional dentro de la institución, el cumplir un horario hace eficiente al personal, pero un periodo eficaz de atención ayuda a la consecución original de logro de objetivos y metas, conjugándose con el beneficio que adquiere el usuario, al sentirse atendido completamente por la institución.

La eficacia dentro de una organización solamente se logrará eficacia cuando se integre una mentalidad de la dación de un servicio de calidad hacia la consecución de los objetivos y metas trazadas, pasando por un proceso de investigación hacia las necesidades del usuario y la manera de dar las respuestas óptimas a las mismas.

#### **Nombramiento actualizado del personal**

Al ejecutar la auditoría de gestión hacia el Centro de Atención Ambulatoria N 302, determinamos que existe personal que labora dentro de la institución, sin un

nombramiento específico, que a más de ser una deficiencia en el orgánico funcional por la falta de ordenación de las tareas bien delimitadas hacia los empleados, implica una desatención de los puestos de trabajo, al pretender colocar personas a llenar vacíos que representan otras, es decir, concretamente en el caso del Señor Juan Diego Pesantez Palacios, que al no contar con un puesto específico de trabajo esta cubriendo deficiencias de otros colaboradores de la entidad, en el trabajo realizado por el equipo disciplinario establecimos que la persona antes mencionada cumple con las tareas eficientemente encomendadas, pero al no existir una delimitación laboral, no se está prestando consecución con el resto del personal que labora y ejecuta un plan de trabajo anual o por lo menos específico de atención al cumplimiento de metas y objetivos planeadas.

La Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mediante oficio N° 6100000-081, del 30 de enero del 2004, presento la propuesta de modificación a la Resolución N° C. D. 26 del 20 de noviembre del 2003, en algunos de los artículos, removiéndose en la que se unificación de un sólo cuerpo legal para los procesos de contratación del personal, la que también explica que los únicos facultados a realizar contrataciones especiales son los directores de cada centro institucional, de acuerdo a un manual de procedimientos establecidos por el directorio del mismo.

Esta situación en gran medida se ha suscitado por la falta de organización dentro del CAA N° 302, que al no contar con un departamento de Recursos Humanos, ó a lo que actualmente se conoce como Departamento de Gestión del Talento Humano, ha implicado a un cierto grado de desconocimiento de tareas del personal interno, la funcionalidad del personal hacia sus puestos de trabajo, ha sido otro de los causantes de este hallazgo, que al no presentar identificación de todas las tareas encomendadas, son evadidas y paralelamente al no contar con un departamento específico que controle este tipo de aspectos laborales se ha desatendido fundamentos y tareas, lo que se ha suscitado la necesidad de contratación de personal que cumpla con estos deberes y obligaciones hacia el cumplimiento de objetivos y metas trazadas.

Esta debilidad organizacional a originado dos efectos bipolares; el bueno, que un grado de obligaciones, tareas, encargos, objetivos, etc., se cumplan por la eficiencia que representa el empleado; por el otro lado, la negación de un sector del personal a la realización de sus tareas que originalmente les han sido asignadas, pero pro que

por ciertas circunstancias, en ocasiones de índole de carga horaria, de carga laboral, etc., no han podido ejecutarse en su totalidad.

Conclusión:

Por lo que se concluye acotando que existe personal dentro de la institución que no goza de todas las prestaciones laborales requeridas dentro del sector público, el nombramiento, que a más de representar una certificación del puesto efectivo de cada persona y de sus tareas, se conjuga con la seguridad de las obligaciones que se ejecutan.

Recomendación N° 7

La actualización de los nombramientos de todo el personal que labora dentro de la institución, o de verificación de que cada persona este cumpliendo cabalmente con las obligaciones que se le han asignado originalmente en sus órdenes de trabajo, es un requerimiento de obligatoriedad para el Directorio de la organización.

La determinación de la eficiencia en cada puesto de trabajo, bajo las tareas y objetivos trazados versus lo que actualmente se realiza por cada persona es un índice que motivará a los empleados a ejercer un grado de conciencia organizacional para la entidad, al medir para lo que han sido contratados contra lo que realmente realizan dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302.

Recomendación N° 8

Se debe revisar los nombramientos de todos los colaboradores del CAA N° 302, para verificar el cumplimiento de este requerimiento del sector público hacia los directores de cada área o división; así mismo, se debe comprometer en realizar los procedimientos y trámites pertinentes para la tenencia de Nombramientos de todos los trabajadores que cumplan con los requerimientos del centro de salud.

**Difusión de la Información departamental, una necesidad.**

En el estudio realizado de auditoría de gestión hacia el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, determinamos que el grado relación y comunicación entre las personas que laboran en los diferentes departamentos de la institución es deficiente, mala o indiferente, lo que es concebido por una falta de difusión de la información que acontece a cada sector del centro de salud.

La resolución N° C.D. 035 del “Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, Artículo 51 especifica que, el director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad debe conseguir que en las entidades a las que se les ha encomendado labore en un clima corporativo de personal”.

Creemos que este tipo de problemas internos, en lo referente al personal se ha suscitado por malos entendidos y la falta de colaboración entre los departamentos existentes en el centro de salud, o simplemente por el deterioro de interés hacia la comunicación de los resultados concebidos en cada área, al no entender lo que aquello implica, una debilidad del sistema corporativo de la institución, que al no contar con bases subsecuentes de apoyo hacia los departamentos para la consecución de los objetivos y metas trazadas, estos se debilitan hacia el cumplimiento de planes trazados .

Esto puede ocasionar un grado de malestar de los empleados para desempeñar las funciones que se les ha encomendado, a l no sentir un grado de compañerismo; de la misma manera, esto también puede desembocar en la no consecución de los objetivos departamentales trazados por la falta de colaboración generada en los departamentos o por la falta de difusión de la información de los departamentos relacionados.

Conclusión:

Existe un grado de falta de compañerismo entre los trabajadores que laboran en el CAA N° 302, lo que puede estar afectando directamente a la consecución de los objetivos trazados, ya que al no existir una difusión de la información de cada departamento, esto afecta directamente a las áreas relacionadas, por no cubrir ciertos espacios de informaciones requeridas para el desarrollo de metas y objetivos planificados.

#### Recomendación N° 9

Se debe tratar de involucrar más al personal entre si, integrarlos hacia una comunidad laboral en donde reine el respeto, la comunicación y por ende la eficiencia para que la entidad salga beneficiada con un personal colaborador entre si, en donde puedan ayudarse, complementarse, etc., de esta manera estaremos contribuyendo a alcanzar metas y objetivos, por lo que se recomiendan la realización de paseos de integración, en donde se fomente una cultura organizacional y haga prevalecer la comunicación y la unión de los empleados.

#### Recomendación N° 10

Se debe desarrollar mesas de debate acerca de la consecución de los objetivos y la afectación del no logro de los relacionados hacia los planteamientos de cada área específica, esto dará un valor agregado a la institución, que a más de representar una forma de difusión de la información interna de cada departamento, motivará a la búsqueda de métodos y técnicas para concretar los planes trazados y la forma en que los relacionados pueden ayudarse entre sí para cumplirlos.

#### **La Infraestructura necesaria ayuda a la eficiencia administrativa.**

En la auditoría realizada al Centro de Atención Ambulatoria N° 302 determinamos que el departamento de contabilidad no cuenta con el espacio suficiente para las tareas que ejecuta, de la misma manera no permite a las personas que laboran ahí llevar una excelente funcionalidad de los archivos disponibles de esta área.

La resolución N° C.D. 023 en “Disposiciones Generales”, tercer párrafo especifica que, el lugar en donde se brinda salud al asegurado debe estar en perfectas condiciones, tanto en higiene como en disponibilidad de espacio, para que el empleado se sienta satisfecho, como para que el usuario pueda atenderse sin ninguna complicación, así mismo el espacio debe representar funcionalidad para los equipos disponibles para cada área, sea esta técnica o administrativa.

Este problema se da por la falta de espacio en el lugar en donde funciona el centro de Salud Ambulatorio N° 302, cabe mencionar, que el mismo esta ubicado en pleno centro de la ciudad, por lo que la infraestructura es de modelo antiguo con adaptaciones para alcanzar a brindar el servicio de salud a los afiliados que asisten al mismo diariamente, de la misma manera este hallazgo se ve influenciado por la disfuncionabilidad de los departamentos, es decir, existen departamentos en los que laboran una o dos personas, las mismas que no necesitan de lugares grandes y espacios tan aventajados con otras áreas que deben representar un orden, por lo que deben cubrir zonas más extensas, se comprobó que el área de contabilidad es una plaza muy reducida para los documentos disponibles en la misma, las personas que laboran aquí no se sienten satisfechas con el lugar ya que este representa molestias al momento de almacenar documentos al no contar con la infraestructura necesaria.

Esto puede llegar a convertirse en un gran conflicto para los trabajadores de esta área, que al no contar con el espacio necesario no guarden los documentos debidamente organizados, así como también no gocen de un ambiente laboral de calidad, que les permita ejecutar las labores a las que les han sido encomendados de forma eficaz y eficiente.

Conclusión:

No existe el suficiente espacio para el departamento de contabilidad, lo que representa un problema para las personas que laboran en el mismo, que la no contar con la infraestructura necesaria se podría perder la estacionalidad de los documentos realizados, así como no fomenta un clima organizacional para las tareas que ejecuta dicho departamento..

Recomendación N° 11

Como recomendación se puede anotar que el área en donde funciona el departamento de contabilidad debe ser adecuada para poseer la disponibilidad del espacio requerido, si se da el caso, con una reubicación o si es posible con un agrandamiento del lugar disponible en la actualidad.

#### **3.4.2.04. Capítulo IV**

### **C A P I T U L O   I V**

#### **RESULTADOS ESPECÍFICO POR COMPONENTE**

##### **Óptima ubicación de los medicamentos**

En el análisis realizado al subcomponente farmacia del CAA N° 302 determinamos que el 30% de los medicamentos no están ubicados en lugares visibles, los mismos que se encuentran en anaqueles de espacios reducidos impidiendo al personal de farmacia su rápida localización.

La resolución C. I. 024 del Reglamento de la prescripción farmacéutica establece que todos los medicamentos deben estar localizados en lugares con una temperatura adecuada y una visibilidad que permita un fácil acceso al personal que se encuentra trabajando en esta área

Esta situación se origina debido a que los estantes en los que se ubican los medicamentos no son los adecuados, ya que son muy pequeños para la cantidad de medicamentos que posee farmacia.

Esta circunstancia indudablemente ocasiona pérdida de tiempo, ya que no permite que el personal labore con eficacia, pues este atiende a menos pacientes de los establecidos en los estándares, ocasionando el incumplimiento de los objetivos departamentales.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que en el área de farmacia no existe la debida inspección para llevar a cabo el programa de compra de activos fijos, ya que se necesitan muebles que satisfagan el stock disponible de medicamentos.

## Recomendación No 12:

Para que exista una mayor eficacia en el proceso de despacho de recetas, se recomienda que se incorpore en el presupuesto una partida para la adquisición de anaqueles y otros muebles que permitan una mejor localización de los fármacos, de esta manera se logrará ahorrar tiempo y por ende se pretenderá cumplir con los estándares establecidos dentro del Centro de Salud.

### **Mayor rapidez en despacho de recetas**

En el análisis realizado al subcomponente farmacia del CAA N° 302 determinamos que el 60% de los pacientes entrevistados no están conformes con la rapidez de atención en esta área, pues en la mayoría de los casos los pacientes afirman que tienen el tiempo y el permiso limitado en sus trabajos para permanecer en la entidad, ya que el despacho de la receta se hace en una segunda consulta, pues primero está el proceso del diagnóstico de la enfermedad y luego el tratamiento, razón por la cual es necesario asistir al CAA-302 mínimo dos veces en la misma semana.

El Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir el personal necesario y capacitado para satisfacer la demanda de recetas prescritas en consulta externa y casos de emergencia.

Este escenario se originó debido a que no se cuenta con el personal suficiente para atender la demanda de recetas enviadas desde consulta externa.

Esta situación, sin duda, provoca que no se pueda atender con la suficiente rapidez, y por lo tanto con eficacia y eficiencia a los usuarios del servicio, y que el personal que actualmente se encuentra laborando en farmacia haga esfuerzos extraordinarios para cumplir con los estándares establecidos en los indicadores de rendimiento.

### Conclusión:

Por lo tanto se concluye que en el área de farmacia, a pesar de que el personal que labora en dicho lugar ha hecho un excelente trabajo, pues es lo que muestran los

indicadores de gestión, no existe el personal necesario para satisfacer la demanda de recetas a despachar ya sea por consulta externa o por consultas emergentes.

Recomendación No 13:

Para que exista una mayor eficacia en el proceso de despacho de recetas, se recomienda que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en Farmacia, para poder despachar recetas con mayor rapidez y luego de ello solicitar al departamento de Recursos Humanos que se incorpore a la entidad nuevos farmacéuticos que cooperen con la solución de este inconveniente.

### **Eficiencia en el control de existencias**

En el análisis realizado al subcomponente farmacia del CAA N° 302 determinamos que el 20% de los medicamentos no tienen un registro de kardex, el mismo que es necesario para tener un adecuado control sobre dichos medicamentos.

El Art. No. 44 del Reglamento farmacéutico establece que, cada medicamento debe llevar un registro detallado en hojas de kardex, con la finalidad de tener un mayor control en el abastecimiento de los fármacos.

Este problema se origina debido a que el personal encargado de la recepción de los medicamentos, no los ha registrado a cada uno de ellos en hojas de kardex; y también por que muchas de las veces los proveedores no envían el pedido completo razón por la cual existen confusiones.

Esta situación, provoca complicaciones por consiguiente pérdida de tiempo al momento de hacer los pedidos a los proveedores, ya que al no saber que cantidad de medicamentos se tiene en stock, mucha de las veces se ha pedido más o menos de lo necesario, dando como resultado la desorganización de pedidos dentro del área de farmacia.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que en el área de farmacia, existe una incompetencia por parte del personal al momento de recibir los fármacos ya que algunos de estos medicamentos no llevan un registro detallado de su existencia.

Recomendación No 14:

Para que exista una mayor eficacia en el proceso de recepción de medicamentos, debe existir una mayor concentración y control por parte del personal encargado de la recepción y verificación de los fármacos, para que de esta manera se evite pasar por alto el registro de ciertos medicamentos.

### **Pedido y Compra de medicamentos**

En el análisis realizado al CAA N° 302 determinamos que el 100% de los pedidos y compras de medicamentos realizadas para el departamento, la persona encargada del mismo, no aprueba dicha acción.

La resolución C. I. 024 del Reglamento expedido para farmacia, establece que todos los medicamentos deben ser pedidos a sus proveedores, por la persona competente que conozca y este conciente de las necesidades incurridas en farmacia.

Esta situación se origina debido a que el proceso de compra y pedidos de medicamentos lo decide una junta especial integrada por el director, subdirector, economista, y jefe de compras.

Esta circunstancia indudablemente provoca que en ocasiones no se este de acuerdo con los medicamentos que llegan, o que falten nuevos medicamentos que recién han ingresado al mercado y que sean de excelentes características.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que los pedidos de medicamentos necesarios para abastecer el área de farmacia no lo está haciendo la persona adecuada y capacitada.

Recomendación No 15:

Para que exista una mayor eficacia en los pedidos de fármacos se recomienda que se tome en cuenta el criterio y opinión de la persona que más cercana se encuentra a farmacia pues la misma va a tener un conocimiento más amplio las necesidades de dicho departamento. .

### **Personal necesario para atención al usuario**

En el análisis realizado al subcomponente laboratorio del CAA N° 302 determinamos que el 70% de los entrevistados no se sienten satisfechos con la cantidad de personal que brindan sus servicios en el área de laboratorio.

El Art. No. 23 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir los tecnólogos y demás personal necesario y capacitado en laboratorio, para satisfacer la demanda de pacientes de consulta externa y casos de emergencia.

Este escenario se originó debido a que en laboratorio laboran solamente dos tecnólogos, los mismos que evidentemente no son los necesarios para atender con eficiencia y eficacia a los pacientes que requieren de sus servicios.

Esta situación, sin duda, provoca que no se pueda atender con la suficiente rapidez, a los usuarios del servicio, y que el personal que actualmente se encuentra laborando en laboratorio haga esfuerzos extraordinarios para cumplir con los estándares establecidos en los indicadores de rendimiento lo mismo que por consiguiente provoca que no todos los usuarios puedan atenderse en el Centro de Atención Ambulatorio N° 302.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que en laboratorio, a pesar de que el personal que labora en dicho lugar ha hecho un excelente trabajo, pues es lo que muestran los indicadores de gestión, no existe el personal necesario para satisfacer la demanda de exámenes requeridos ya sea por consultas externas o por consultas emergentes.

Recomendación No 16:

Para que exista una mayor eficacia en el proceso de toma de muestra para exámenes de laboratorio, se recomienda que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en dicho departamento, para poder mejorar el servicio y luego de ello solicitar al departamento de Recursos Humanos que se incorpore a la entidad nuevos tecnólogos que cooperen con la solución de este inconveniente.

### **Adecuada recepción de muestras de laboratorio**

En el análisis realizado al subcomponente laboratorio del CAA N° 302 determinamos que el 80% de los pacientes no se encuentran totalmente satisfechos con el servicio brindado ya que afirman que no tienen un seguimiento luego de someterse a un examen de laboratorio.

El Art. No. 58 de la Ley de Seguridad Social establece que, debe existir los servicios necesarios para que cada uno de los afiliados se sientan satisfechos.

Este escenario se originó debido a que en el Centro de Atención Ambulatoria no existe personal contratado para desempeñar esta actividad.

Esta situación, sin duda, provoca que los afiliados sobre todo los voluntarios (que son aquellos que aportan voluntariamente al IESS) no tengan la suficiente confianza en el centro de salud y que decidan buscar otros donde exista seguimientos luego de cada consulta, lo que ocasionará pérdidas monetarias al IESS.

Conclusión:

Por lo tanto se concluye que no se está satisfaciendo completamente a los afiliados, ya que el dar un seguimiento a los mismos demuestra la importancia que el IESS brinda a sus usuarios.

Recomendación No 17:

Para que el afiliado esté totalmente complacido con los servicios brindados por el IESS, se debe estudiar la posibilidad de incomparar personal que sea capaz de dar un seguimiento a los pacientes para el tratamiento de sus enfermedades, o motivar a los doctores y enfermeras que se den el tiempo para llevar a cabo este proceso.

**La existencia y modernización de medicamentos ayuda a incrementar la satisfacción.**

En el estudio realizado al CAA N° 302, el equipo multidisciplinario determinó que el 44% de los entrevistados no siempre gozan con la disponibilidad de todos los medicamentos prescritos en las recetas. .

De la resolución N° C.D. 026 “Instructivo para el abastecimiento y la provisión de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece el proceso desde la comisión que determina cuales son los requerimientos de la misma, hasta la adjudicación para la compra por medio de contratos”.

Esta situación se desencadena por la falta de organización en el comité de adquisición de los fármacos, ya que en este no está incluida ninguna de las personas que labora en el departamento, pues al no saber las necesidades directamente de la farmacia se toman decisiones basadas en planes y estadísticas sin tomar en cuenta nuevos medicamentos en el mercado, beneficio para el usuario, etc.

Esto sin lugar a duda ocasiona molestias y malestar a los afiliados que asisten a la farmacia a retirar los medicamentos prescritos en las recetas, siendo este un punto importante para disminuir la eficiencia de atención hacia el usuario.

Conclusión:

Se concluye que existe una gran parte de los afiliados que asisten al Centro de Atención Ambulatoria n° 302, específicamente a farmacia a retirar sus medicamentos, molestias y malestares ocasionados por la falta de los mismos.

Recomendación 18.

El comité de adquisición necesariamente debe estar integrado por una de las personas que labora en el departamento de farmacia, él que tenga conocimientos en el mercado de los fármacos, sus beneficios y debilidades para el usuario, con esto se pretenderá no solamente tener medicamentos actualizados y mejores, sino también contar con un stock de todo lo necesario en el departamento.

### **Seguimiento, Cadena de Valor para el Asegurado.**

En la auditoría ejecutada al CAA N° 302, el equipo multidisciplinario determinó que no existe rapidez por parte de la institución para otorgar una consulta a los pacientes después de que los mismos se realizaron algún tipo de estudio en el laboratorio.

De la resolución N° C.D. 020 “Normas Técnicas y Criterios para la clasificación del nivel de complejidad en las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud”, Artículo 3 “Del Ámbito y Definiciones”, se deriva que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, con fin de garantizar la atención para todos los asegurados del IESS, después de ser sometidos a algún tipo de tratamiento en las instalaciones del establecimiento en mención.

Esta situación se desencadena por la falta de organización en algunos de los departamentos de la organización, tal es el caso, de que no existe un seguimiento post entrega de resultados en la laboratorio o no existe un turno directo hacia consulta externa después de haber recibido los resultados sean estos los que fueren.

Esto ocasiona indudablemente que la calidad del servicio que presta el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 se vea afectada por la insatisfacción del usuario, pues el mismo se siente insatisfecho en cierta manera, pues no existe una cadena entre los estudios practicados en la organización.

Conclusión:

Por lo tanto, se consuma el hecho de que no existe un seguimiento del paciente en el laboratorio debido a la falta de un programa de planificación en esta área, específicamente hacia los pacientes que se realizan estudios en el mismo.

Recomendación 19.

Un seguimiento eficiente a cada usuario que recibe sus resultados en cualquier departamento, no solamente en laboratorio, desembocaría en una cadena de valor hacia los pacientes después de haberse sometido a algún tipo de estudio dentro de la institución, tarea que la pueden realizar los internos de forma rápida, oportuna y verás.

### **Credibilidad en todos los servicios ofrecidos**

En el análisis realizado al Centro de Atención Ambulatoria N° 302 determinamos que el 50% de los resultados entregados en laboratorio no son confiables para los usuarios de este centro, los mismos que representan dudas e incertidumbre por las consecuencias que pueden ocasionar para sus vidas, al no contar con seguridad y confiabilidad en los mismos.

La Resolución N° C.D. 021 del 13 de octubre del 2003, en el Artículo 6, Inciso 2, establece que: “se debe aprobar y revisar anualmente las metodologías, los parámetros, a ser utilizados para identificar, analizar, visualizar, monitorear a los asegurados dentro del territorio nacional”. Esta acción se suscita por la falta de equipos de punta o de última tecnología en algunos de los departamentos que tiene el centro de salud.

Esto desencadena en confusiones y demoras para los médicos que atienden los casos en Consulta Externa, ya que no pueden encontrar rápidamente un diagnóstico adecuado para los pacientes que son tratados, al tener que fundamentar nuevamente las tesis con la realización de nuevos y hasta en ocasiones más costosos estudios.

Conclusión:

Por lo que se concluye, que no existe confiabilidad por parte de los usuarios al departamento del laboratorio, al no contar con equipos con la última tecnología, en cuanto a estudios, pruebas se refirieren.

Recomendación N° 20.

Para incrementar la credibilidad de ciertos departamentos hacia los usuarios, se deben revisar los equipos disponibles en la actualidad en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, determinar su estado y vigencia, para de esta manera determinar la posibilidad de modernización de los mismos, o por lo menos adaptaciones para realizar estudios más eficientes y eficaces hacia los asegurados.

**Las debilidades deben ser conocidas por el personal para poderlas enfrentar.**

En el estudio realizado al CAA N° 302 determinamos que el 70% del personal de laboratorio no conoce las debilidades de los departamentos relacionado dentro de la institución..

La resolución N° S. B. S. 2004 – 0843 del 22 de octubre del 2004, del Consejo Directivo Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece que la dirección departamental debe conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas (F. O. D. A.) de cada jurisdicción y relacionados con el mismo.

Esto se da por la falta de comunicación e interés entre los departamentos, ya que estos disponen de centralización en la información.

Esto puede ocasionar en gran medida la falta de eficiencia, al no contar con todas las herramientas para satisfacer al usuario que diariamente se atiende en el centro de salud, de la misma manera esto puede desembocar en la nula o poca comunicación de resultados entre los departamentos y relacionados.

Conclusión:

Por lo que se concluye, que existe una debilidad importante en los departamentos, al no estar enterados de las acciones que toman los mismos para hacerle frente a sus problemas internos.

Recomendación N 21:

La comunicación de resultados entre los departamentos debe ser una de las necesidades primarias dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, para que exista una complementación hacia el cumplimiento de los planes y objetivos trazados, por lo que es importante recomendar, que existan reuniones entre los miembros de los mismos con la finalidad de verificar la consecución de las metas trazadas y los impedimentos de las mismas hacia su normal desenvolvimiento.

#### **Expedientes actualizados y verificados periódicamente.**

En la auditoría realizada por el equipo multidisciplinario determinamos que dentro de el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 han existido pérdidas de los historiales de los usuarios que se atienden dentro de la institución.

La resolución N° C. D. 046, en su artículo N° 232, del Consejo Directivo Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establece que se deben realizar periódicamente actualización y verificación de las existencias de los informes de diagnóstico de los médicos que laboran dentro de la institución hacia los pacientes atendidos, con la finalidad de constatar si el servicio prestado ha sido de utilidad para el afiliado.

Esto e gran medida se ha suscitado por la actualización del centro de salud, la base de datos nueva, el cambio de la infraestructura a provocado la pérdida de algunos de los expedientes de los usuarios.

Esto puede ocasionar que los pacientes busquen otras alternativas en lo que ha servicio de salud se refiere, tales como las clínicas privadas u otros centros de salud, por la falta de cuidado en documentos tan importantes; de la misma manera esto

contribuye a la pérdida de tiempo al no encontrar rápidamente los expedientes en la base de datos.

Conclusión.

Por lo que se concluye, que han existido pérdidas de expedientes dentro del centro de salud por la modernización ejecutada dentro del mismo, el cambio de la base de datos y nueva infraestructura, esto conlleva a la pérdida de un grado de confianza del usuario hacia la institución

Recomendación N° 22:

Es importante recomendar al Directorio que se ejecuten medidas de cuidado con ciertos documentos valiosos tanto para la institución como para los usuarios del centro de salud, los expedientes deben ser periódicamente actualizados y verificar la existencia de los informes de diagnóstico de los médicos que laboran dentro de la institución hacia los pacientes atendidos, con la finalidad de constatar si el servicio prestado ha sido de utilidad para el afiliado, así como la existencia de los mismos.

**Los internos, una ayuda de atención eficiente al usuario más que una práctica de sus conocimientos.**

En el estudio de gestión realizado al Centro de Atención Ambulatoria N° 302 establecimos que el 50% de los usuarios que diariamente se atienden en las instalaciones no están satisfechos con la prestación de los servicios que brinda la entidad, específicamente en el área de enfermería.

La resolución N° C. D. 41 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, remitido el 27 de agosto del 2003, en el párrafo N° 21 describe que el proceso formal de atención al afiliado debe ser en términos de colaboración entre las partes, recalando que se debe cumplir con toda la rigurosidad del caso a los usuarios, tanto en forma de pago por las aportaciones como de conocimientos hacia la atención.

Este evento en gran medida se suscita por la presencia de internos, que en ocasiones no conocen perfectamente los procedimientos que tienen que realizar a los usuarios, pretendiéndoles prestar satisfacción sin saber realmente que es lo que necesitan los mismos.

Esto puede originar las repetidas quejas a los médicos de consulta externo del servicio que están prestando en los centros de enfermería, en donde los internos ejercen una dirección del mismo, al tener un contacto directo con el afiliado al momento de la antes de la consulta para revisar sus signos vitales.

Conclusión:

Por lo tanto, los usuarios muestran algunas quejas hacia los médicos por no ser atendidos correctamente en los departamentos de enfermería, por la falta de conocimiento en los procesos específicos por parte de los internos o practicantes.

Recomendación N° 23.

La atención al usuario es lo que permite que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social crezca y por ende los centros de salud, como lo es el Centro de Salud Ambulatoria N° 302 consigan sus objetivos y metas trazadas, por lo que se recomienda prestar más atención del personal que va a tener contacto directo con los afiliados, pues sólo así la institución no perderá credibilidad y confianza; se deben realizar entrenamientos esporádicos al personal de enfermería para la ejecución de un trabajo eficiente en el área.

### **La adjudicación de turnos, un problema de centralización.**

En la auditoría de gestión realizada al Centro de Atención Ambulatoria N° 302, establecimos que el 50% de los pacientes entrevistados han perdido turnos, de la misma manera que el proceso para recibir una fecha y hora específica para la atención es demasiado larga o compleja para los usuarios.

La resolución N° C.D. 020 “Normas Técnicas y Criterios para la clasificación del nivel de complejidad en las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud”, Artículo 9 “Responsabilidades”, se establecen los procesos que regirán en las organizaciones descentralizadas de salud para la otorgación de turnos a los afiliados, queda a la disponibilidad de los directores de las regionales establecidas por decreto presidencial.

La pérdida de turnos en gran medida se suscita por el servicio burocrático que predomina en el IESS, los procesos demorados y complicados para algunos de los usuarios dificulta la obtención de los turnos en la entidad.

Esto puede desembocar como un efecto negativo hacia los usuarios, pues ocasiona que los mismos aparte de que se quejen por los servicios que brinda el IESS puedan buscar otras alternativas para la salud tanto en centros de salud como en clínicas privadas.

Conclusión:

En conclusión, el 50% de los afiliados entrevistados han perdido turnos dentro del centro de salud N° 302, por el servicio burocrático que representa la adjudicación de turnos dentro de la institución para algunos de los usuarios.

Recomendación N° 24:

El sistema de adjudicación de turnos debe ser revisado por el Directorio de la organización y en cierta medida reorganizar al mismo, pretendiendo beneficiar a los usuarios, especialmente a aquellos que no gozan de la disponibilidad y salud para recibir un turno, como los ancianos, mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, etc., de esta manera brindar un servicio eficiente hacia todos los afiliados.

### **Un seguimiento post consulta es necesario para todos los usuarios.**

En la auditoría de gestión, ayudándonos de herramientas como la encuesta, se solicitó la opinión acerca de si existe un seguimiento por parte de los médicos a los tratamientos dados, en la que los usuarios respondieron con un 22% que no existe mayor preocupación de los procedimientos realizados hacia los mismos, que sólo en ciertos casos como en patologías, embarazos, fecundaciones ovulares, etc., existe este alcance.

La resolución N° C. D. 41 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, remitido el 27 de agosto del 2003, en el párrafo N° 29 explica del seguimiento oportuno hacia la atención óptima del afiliado, en el que se le deben dar todas las atribuciones a los médicos de cada área para evaluar sus desempeños en técnicas y tratamientos dados a los usuarios del servicio.

Este problema se da por la falta de personal o el poco interés de los médicos hacia la consecución de los resultados en los pacientes después de ser atendidos por los mismos, otra de las causas es la falta de organización en un plan anual de resultados hacia los pacientes.

Esto puede representar un cierto grado de molestias para los afiliados al no contar con una prescripción post consulta, en donde se observen y verifiquen que los tratamientos dados están surtiendo los beneficios esperados.

#### **Conclusión:**

Dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, sólo en ciertos casos existe un seguimiento de la institución hacia el paciente, quedando descartado la verificación de los resultados en los tratamientos recomendados por los especialistas para todos los que se atienden en la institución.

#### **Recomendación N° 25:**

Se debe tener en cuenta una actualización en la base de datos de los pacientes tratados en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, con la finalidad de llamar a sus casas o por lo menos tratar de guardar un cierto grado de seguimiento post consulta, para recordarles cuando tienen el siguiente turno, si los medicamentos o el tratamiento esta surtiendo los beneficios que deberían hacerlo, entre otros, para que el afiliado que se atiende en el centro tenga el beneficio y la satisfacción de que existe un grado de interés por parte de la institución, esta tarea los pueden realizar los internos de las universidades que realizan sus prácticas, tanto para adquirir conocimientos como para poner en práctica los aprendidos.

### **La señalización como parte de la dirección para llegar a la excelencia.**

En el estudio realizado, ayudándonos de herramientas de la auditoría de gestión como la encuesta, se solicitó la opinión acerca de la señalización del CAA N° 302, en donde determinamos que el 56% piensa que es suficiente, mientras que el restante 44% no lo cree o no quisieron responder.

La resolución N° C.D. 023 en “Disposiciones Generales”, segundo párrafo especifica que, el director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad tiene la disponibilidad de ejercer direccionamientos hacia el afiliado en la institución que dirige, con la finalidad de abastecer eficientemente las necesidades del mismo.

Este problema se da por la falta o incorrecta señalización de los departamentos existente dentro del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, ó de la misma manera por que no los letreros de ubicación no son lo suficientemente claros y grandes para ayudar a los afiliados.

Esto puede llegar a convertirse en un gran conflicto para los usuarios, que al no encontrar los departamentos en donde tienen que ser atendidos, los mismos prefieran marcharse de la institución.

Conclusión.-

No existe los suficientes letreros de localización, la debida señalización dentro del centro de salud o los mismos no gozan de características que los hagan ser más visibles para los usuarios que diariamente visitan las instalaciones del Centro de Atención Ambulatoria N° 302.

Recomendación N° 26:

Se debe nombrar una comisión para inspeccionar los letreros y la señalización disponible dentro de la institución, con la finalidad de verificar su óptima localización y si es el caso integrar al presupuesto anual una partida para este tipo de activos que ayudan a ejercer un servicio eficiente hacia los afiliados.

### **Capacitación, un Requerimiento.**

En el estudio realizado, ayudándonos de herramientas de la auditoría de gestión como la encuesta, se realizaron preguntas para determinar el grado de capacitación que ha sido impartido por el CAA N° 302, en donde los empleados mayoritariamente nos supieron explicar que había existido poco o casi nulo entrenamiento físico e intelectual, de carácter administrativo, de relaciones humanas, etc.

La resolución N° C.D. 035 del “Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, Artículo 59 especifica que, el director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad tiene la disponibilidad de ejercer direccionamientos hacia el empleado, con la finalidad de Brindar un servicio de excelencia hacia el afiliado”.

Este evento se suscita por un grado de despreocupación del directoria hacia la capacitación de los empleados, cabe recalcar que hesiten médicos que laboran 4 años dentro de la institución y no han asistido a ningún curso de capacitación en ninguna de las áreas anteriormente mencionadas.

Esto puede ocasionar un grado de desconocimientos en nuevas técnicas y procedimientos tanto administrativos como en la salud.

### Conclusión:

El personal ha recibido poco o casi nulo entrenamiento acerca de sus tareas en el ejercicio diario, en conocimientos administrativos, de carrera, etc, para desempeñar eficientemente sus labores dentro del CAA N° 302.

### Recomendación N° 27:

Es importante sugerir al directorio que se tome más en cuenta una capacitación práctica y de relaciones humanas a sus empleados, ya que con esto se pretendería cumplir con los objetivos de cada departamento, con un personal capacitado no solamente para atender a sus pacientes, sino también para enfrentarse a cualquier caso de emergencia, en conocimientos técnicos y físicos, ayuda social, en otras áreas, y de la misma manera evaluar con talleres prácticos post cursos los conocimientos adquiridos en los cursos; esto conllevaría a crecer a las personas que conforman el CAA N° 302 y a dar un mejor servicio a los usuarios.

Se debe tomar en cuenta como recomendación hacia el directorio dictar pláticas acerca de la importante labor que ejecutan los empleados del centro de salud para los usuarios que diariamente se atienden dentro de las instalaciones de la organización, demostrar que estos son piezas fundamentales y que de ellos, en gran parte, son merecedores de los comentarios que tiene la gente del CAA N° 302, motivarlos a la toma de decisiones eficientes, a cultivar un liderazgo en cada departamento, a ejercer una ética profesional en cada puesto de trabajo, ya que solo de esta manera se pretenderá llegar a la excelencia en servicios.

### **La disponibilidad de un manual de procedimientos ayuda a ejercer la eficiencia.**

En la auditoría de gestión realizada al CAA N° 302 determinamos que el 50% del personal que labora en la institución se rige por un manual de procedimientos así mismo no conoce el manual de ética que rige la institución, lo que ayuda a desempeñar eficientemente las tareas que cada persona tiene en sus puestos de trabajo.

La resolución N° C.D. 035 del “Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, Artículo 39 especifica que, los funcionarios que laboren en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o en centros anexos utilizaran un manual de procedimientos en el que basaran sus actividades y procedimientos dentro de los lugares en donde laboren”.

El equipo multidisciplinario piensa que este problema se da por la falta de conocimiento hacia los instructivos disponibles que los da la entidad para cada uno de sus empleados, de la misma manera creemos que la falta de interés de algunos de los miembros del personal es un factor relevante para la existencia del problema.

Esto puede ocasionar desconocimientos en algunos procedimientos especiales que se realizan dentro del Centro de Atención Ambulatorio N° 302, pues al este ser una entidad pública los procesos son diferentes a las de entidades del sector privado, de la misma manera puede producir una falta de ética en las actividades desempeñadas dentro de la institución.

Conclusión:

Existe un grado de desconocimiento hacia un manual de procedimientos y de ética que rigen las instituciones del sector público, especialmente en el área de salud, lo que puede originar problemas graves de comportamiento, así como de desconocimientos en procedimientos especiales.

Recomendación N° 28.

Se debe recomendar la implantación de un manual de procedimientos para el personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, y si es el caso de que este si existe y los empleados no los conocen realizar talleres de información hacia los mismos, con el objetivo de que verifiquen sus tareas según el mismo, sepan como pueden ser evaluados, gocen de una planificación óptima en cada departamentos, entre otras ventajas que conlleva basarse en un Manual de Procedimientos.

De la misma manera, se debe hacer conocer al personal que labora dentro de la institución los estándares en los que tienen que basarse, las formas en los que son evaluados, tanto ellos como a los departamentos a los que pertenecen, el manual de ética que rige a la institución, etc., de esta manera se pretenderán la eficacia de los mismos y de sus departamentos así como una complementación de los conocimientos adquiridos con valores una importante mezcla para las organizaciones del sector público.

## 2.5. FASE V: Seguimiento:

### 3.5.1 Matriz de Cronograma de Cumplimiento de recomendaciones:



<b>Recomendaciones</b>	<b>Valor Agregado</b>	<b>Responsable y Tiempo a Cumplir</b>
El Comité de Adquisición necesariamente debe estar integrado por una de las personas que labora en el departamento de farmacia, él que tenga conocimientos en el mercado de los fármacos, sus beneficios y debilidades para el usuario.	Con esto se pretenderá no solamente tener medicamentos actualizados y mejores, sino también contar con un stock de todo lo necesario en el departamento.	Director, que es la persona encargada de presidir la junta, 30 días

<p>Al médico responsable de cada consulta externa, realizar un seguimiento eficiente a cada usuario que recibe sus resultados en cualquier departamento, no solamente en laboratorio, sino en otros departamentos.</p>	<p>Esto desembocaría en una cadena de valor hacia los pacientes después de haberse sometido a algún tipo de estudio dentro de la institución, tarea que la pueden realizar los internos de forma rápida.</p>	<p>Médicos de cada consulta, 30 días</p>
<p>Para incrementar la credibilidad de ciertos departamentos hacia los usuarios, se deben revisar los equipos disponibles en la actualidad en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, determinar su estado y vigencia.</p>	<p>Determinar la posibilidad de modernización de los mismos, o por lo menos adaptaciones para realizar estudios más eficientes y eficaces hacia los asegurados.</p>	<p>Comisión de Enfermeras, delegadas por el director conjuntamente con las personas que dispongan de los equipos, de 30 días.</p>
<p>Se recomienda que existan reuniones entre los miembros de los departamentos con la finalidad de verificar la consecución de las metas trazadas y los impedimentos de las mismas hacia su normal desenvolvimiento.</p>	<p>La comunicación de resultados entre los departamentos logrará, complementación entre los mismos, hacia el cumplimiento de los planes y objetivos trazados.,</p>	<p>Personal de cada departamento, 15 días</p>
<p>El Directorio debe ejecutar medidas de cuidado con ciertos documentos valiosos tanto para la institución como para los usuarios del centro de salud, los expedientes deben ser periódicamente actualizados y</p>	<p>Con la finalidad de constatar la calidad del servicio prestado.</p>	<p>Directorio, 30 días.</p>

<p>verificar la existencia de los informes de diagnóstico de los médicos que laboran dentro de la institución hacia los pacientes atendidos.</p>		
<p>El sistema de adjudicación de turnos debe ser revisado por el Directorio de la organización y en cierta medida reorganizar al mismo,</p>	<p>Con esto se pretenderá beneficiar a los usuarios, especialmente a aquellos que no gozan de la disponibilidad y salud para recibir un turno, como los ancianos, mujeres embarazadas, etc.</p>	<p>Directorio, 30 días</p>
<p>Se debe tener en cuenta una actualización en la base de datos de los pacientes tratados.</p>	<p>Con la finalidad de llamar a sus casas o por lo menos tratar de guardar un cierto grado de seguimiento post consulta.</p>	<p>Esta tarea los pueden realizar los internos de las universidades que realizan sus prácticas, 15 días.</p>
<p>Se debe nombrar una comisión para inspeccionar los letreros y la señalización disponible dentro de la institución, con la finalidad de verificar su óptima localización y si es el caso integrar al presupuesto anual una partida para este tipo de activos que ayudan a ejercer un servicio eficiente hacia los afiliados.</p>	<p>Con esto se pretenderá que los usuarios no tengan problemas para encontrar los departamentos que buscan.</p>	<p>Comisión Integrada por Enfermeras y Doctores, 15 días</p>

<p>El Directorio debe tomar en consideración la capacitación a los empleados que laboran en la institución, integrando esta partida, en el caso de no existir o utilizándola más eficientemente.</p>	<p>Conseguir empleados motivados y con nuevos conocimientos y técnicas para aplicar en sus puestos de trabajos</p>	<p>Director del Centro de Salud Ambulatoria N° 302, 30 días</p>
<p>Se recomienda tratar de involucrar más al personal entre si, integrarlos hacia una comunidad laboral en donde reine el respeto, la comunicación y por ende la eficiencia.</p>	<p>Con el objetivo de generar un valor agregado en el personal, motivándolos a colaborar entre si, en que puedan ayudarse, complementarse, etc., de esta manera estaremos contribuyendo a alcanzar metas y objetivos, por lo que se recomiendan la realización de paseos de integración, en donde se fomente una cultura organizacional y haga prevalecer la comunicación y la unión de los empleados.</p>	<p>Director del Centro de Salud N° 302, 30 días.</p>
<p>Se debe recomendar la implantación de un manual de procedimientos para el personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, y si es el caso de que este si existe y los empleados no los conocen realizar talleres de información hacia los mismo.</p>	<p>Con el objetivo de los empleados verifiquen sus tareas según el mismo, sepan como pueden ser evaluados, gocen de una planificación óptima en cada departamento, entre otras ventajas.</p>	<p>Directorio, 30 días.</p>

<p>Se recomienda que debe hacerse conocer al personal los estándares en los que tienen que basarse, las formas en los que son evaluados, tanto ellos como a los departamentos a los que pertenecen, el manual de ética que rige a la institución, etc.,</p>	<p>Con esto se pretenderá generar valor agregado al forjar la eficacia de los empleados y de sus departamentos así como una complementación de los conocimientos adquiridos con valores, una importante mezcla para las organizaciones del sector público.</p>	<p>Personal encargado de Estadísticas y Director, 30 días</p>
<p>Se recomienda que se incorpore en el presupuesto una partida para la adquisición de anaqueles y otros muebles que permitan una mejor localización del los fármacos.</p>	<p>Para que exista una mayor eficacia en el proceso de despacho de recetas, pues se logrará ahorrar tiempo y por ende se pretenderá cumplir con los estándares establecidos dentro del Centro de Salud.</p>	<p>Jefe Financiero, 13 días.</p>
<p>Se recomienda al directorio que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en Farmacia.</p>	<p>Esto con la finalidad de generar un valor agregado en despachar recetas con mayor rapidez.</p>	<p>Directorio, 30 días.</p>
<p>Se recomienda que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en el departamento de laboratorio para poder mejorar el servicio.</p>	<p>Con esto se pretenderá ganar un valor agregado en la eficiencia en el proceso de toma de muestra para exámenes de laboratorio.</p>	<p>Directorio, 30 días.</p>

### 3.5.2 Encuesta Post auditoría:



## INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

### CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302

#### Encuesta Sobre el Servicio de Auditoría

**Tipo de Examen:** Auditoría de Gestión

**Componente:** C. A. A. N° 302

**Subcomponentes:** Laboratorio

Farmacia

Consulta Externa

Por favor consigne su respuesta marcando con una X en el casillero que ud crea conveniente:

#### Auditoría de Gestión

Tiene conocimiento de que en este tipo de auditoría interesa que la entidad auditada haya definido su misión, visión, objetivos, etc.

_____ Si _____	_____ No _____
----------------	----------------

Conoce que las actividades de control deben ser ejecutadas por un equipo multidisciplinario, conformado por auditores y otros profesionales.

_____ Si _____	_____ No _____
----------------	----------------

Sabe usted que la Auditoría de Gestión requiere que la entidad auditada cuente con indicadores cuyo desarrollo será realizado por la autoridad máxima de dicha institución, por su obligación de rendición de cuentas y gestión o resultados.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

**Equipo Multidisciplinario**

Se notifico el inicio de la auditoría por parte del Equipo Multidisciplinario

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Existió comunicación verbal o escrita de los resultados más importantes entre el Equipo Multidisciplinario y los Directivos de la entidad.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Se realizó la convocatoria a la conferencia final, en donde el equipo multidisciplinario explicaría los resultados del estudio realizado en la institución.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

## Ejecución de la Auditoría

Al inicio de la Auditoría de Gestión, los miembros del Equipo Multidisciplinario expusieron con claridad los motivos, objetivos y el alcance la de auditoría

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Durante la ejecución del estudio realizado, el equipo se relaciono con la Administración de la Entidad, para el desarrollo de los indicadores básicos y específicos de la entidad.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Se finalizaron los indicadores, con la finalidad de determinar los resultados de las gestiones realizadas dentro de la Institución.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Las recomendaciones realizadas en la Auditoría de Gestión ayudaron a la entidad o a sus Directivos para una eficiente toma de decisiones.

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Conoce si al final de la auditoría se trazo con un cronograma de cumplimiento de recomendaciones y acciones correctivas

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Conoce que en la fase del seguimiento la Auditoría de Gestión, se realizo el seguimiento de las recomendaciones y acciones correctivas.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

**Datos del Encuestado:**

**Nombre:**.....

**Cargo:** .....

## CAPÍTULO 4

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. Conclusiones**

##### **4.1.1 Conclusión Final**

Al finalizar la presente auditoría de gestión se han alcanzado los objetivos inicialmente planteados en cuanto a:

Evaluar el desempeño administrativo del centro de atención ambulatoria no 302, verificando el cumplimiento de los objetivos sociales y se formularon recomendaciones producto de la auditoría de gestión para su mejoramiento.

##### **4.1.2. Conclusiones Parciales**

- ☞ Logramos conocer y analizar minuciosamente las actividades que se llevan a cabo en el centro de atención ambulatoria n ° 302 del instituto ecuatoriano de seguridad social, siendo la actividad principal la prestación de servicios de salud, y con lo cual se determino que la entidad presta sus servicios eficientemente pero no eficazmente.
  
- ☞ Se aplicó las herramientas de la auditoría de gestión a las actividades desarrolladas por el centro de atención ambulatoria n° 302, con la finalidad de determinar mediante evaluaciones e indicadores de gestión el grado de cumplimiento de disposiciones legales, reglamentos y demás normativa aplicable al área examinada.

- ☞ Se empleó el modelo de auditoría de gestión al C. A. A. N° 302, con el propósito de obtener un conocimiento integral del objetivo de la entidad, el mismo que se evaluó mediante procedimientos, revelando de esta manera las deficiencias existentes de la entidad, así como los hallazgos positivos para finalmente emitir recomendaciones las cuales se presentaron en el informe de auditoría.
  
- ☞ Finalmente se emitieron conclusiones y recomendaciones de la labor realizada en el Centro de Atención Ambulatoria N ° 302, con la finalidad de dar a conocer aspectos positivos y negativos que se han desarrollado a lo largo del presente trabajo investigativo.
  
- ☞ Las medidas correctivas para optimizar la gestión de los recursos, sólo se puede llevar a cabo si se analiza e interpreta correctamente el contenido de los informes de la auditoría de gestión.
  
- ☞ Mediante la aplicación de la auditoría de gestión, se han emitido recomendaciones que van a permitir generar valor agregado para mejorar el desempeño administrativo y cumplir con los objetivos previstos en os planes y programas de las diferentes áreas para su gerenciamiento óptimo.

#### **4.2. Recomendaciones**

- ☞ Las entidades de salud como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, I.E.S.S., tienen tres características básicas. En primer lugar, existen para cumplir un servicio público definido. En segundo lugar, como cualquier organización se basan en la información. En tercer lugar, son completamente flexibles y totalmente adaptables, aun en el caso de empresas que dependen del

gobierno como es el caso que nos concierne, reaccionan con rapidez y con eficacia ante los cambios de su entorno que afecten a su capacidad para cumplir su propósito definido. En este contexto recomendamos utilizar a la auditoría de gestión como la mayor fuente de información que permitirá flexibilizar y adaptar la organización y administración de acuerdo con los resultados obtenidos.

- ☞ Que siendo la Auditoría de Gestión una herramienta de la evaluación de la efectividad, eficiencia y economía de los recursos que dispone el Centro De Atención Ambulatoria No. 302 y siendo éstos los más importantes de la institución, recomendamos su aplicación por lo menos anualmente, a fin de obtener el mayor provecho de esta actividad profesional.
  
- ☞ Dada la importancia de la Auditoría de Gestión y su reciente aplicación en nuestro país, recomendamos se fomente eventos o seminarios que traten sobre esta actividad y establecer como se constituye en instrumento importante de evaluación, con la finalidad de que el profesional que egrese de las universidades tenga conocimientos claros y suficientes sobre este tipo de examen.
  
- ☞ Recomendamos, que los directivos de las instituciones públicas y privadas faciliten la realización de este tipo de auditoría por que permite determinar si están lográndose los resultados o beneficios previstos por la normativa institucional y de no ser así aplicar las medidas correctivas del caso.

## BIBLIOGRAFÍA

### Autores:

- ☞ BACON, Charles, “Manual de Auditoría Interna”, Editorial Hispanoamericana, México D. F., 1973, Segunda Edición.
- ☞ CASHIN – P, NEUWIRTH – J, Levy, “Enciclopedia de la Auditoría”, Editorial Océano, 4 Tomos.
- ☞ CUBERO, Teodoro, “La Auditoría de Gestión en el Sector Público”.
- ☞ DÁVALOS, Marcelo, “Manual de Procedimientos de Auditoría de Gestión”.
- ☞ GARRALDA, Joaquín, “”Instituto de Empresa, La Herramienta Analítica” DAFO, Business School, 2002.
- ☞ HOLMES, Artur, “Principios Básicos de Auditoría”, México, Editorial Continental, 1980.
- ☞ MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Quito Ecuador, Tercera Edición, 2006.
- ☞ MEIGS B, Walter, “Principios de Auditoría”, Editorial Diana, 1983.
- ☞ PANY, Irwin, “Un Enfoque Integral”, 12ª Edición, Ray Whittington – Mcgraw. Hill – 2000.
- ☞ SLOSSE, Carlos y otros, “Un Enfoque Empresarial”, Ediciones Macchi, 1997.

☞ USAID, IAI, “Si Se Puede”, Marco integrado de Control de los Recursos y los Riesgos – Ecuador C. O. R. R. E. (COSO ERM) 2004.

## **8.2.- Autores Corporativos:**

☞ ASESORIA GENERAL, “Manual de Auditoría de Gestión”, Edi – Ábaco Cia. Ltda. Acuerdo 031 CG – 2002

☞ CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, “Normas de Control Interno de la República del Ecuador”, Acuerdo N° 020- CG del 10 de octubre del 2002.

☞ CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, “Normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental, Acuerdo N° 919. CG del 10 de octubre del 2002.

☞ INSTITUTO AUDITORES INTERNOS, “Marco para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, Quito Ecuador, 26 y 27 de Mayo del 2005.

☞ SEC, Information Security Inc. Education Center, “Auditoría de Sistemas basado en el Enfoque COBIT”, training 2006.

☞ UNIVERSIDAD DE CUENCA, “Manual de Auditoría Interna para Pequeñas y Medianas Empresas”, 1997

## **8.3.- NORMATIVAS, LEYES Y OTROS.**

☞ Guía para la Elaboración de Indicadores de Gestión.

☞ Guía para la Elaboración de Indicadores de Gestión.

- ☞ Información obtenida por la entidad (Archivos).
  
- ☞ Isaca, Bookstore.
  
- ☞ Ley del Seguro Social.
  
- ☞ Normas Ecuatorianas de Auditoría (NEA).
  
- ☞ Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento (NIAA).

## ANEXOS

**Papel de Trabajo:** 1/24

**Título del Papel:** *INDICADORES DE GESTIÓN*  
Subcomponente – Consulta Externa

**Ubicación:** Página 73

**Papel de Trabajo:** 2/24

**Título del Papel:** *INDICADORES DE GESTIÓN*  
Subcomponente – Farmacia

**Ubicación:** Página 77

**Papel de Trabajo:** 3/24

**Título del Papel:** *INDICADORES DE GESTIÓN*  
Subcomponente – Laboratorio

**Ubicación:** Página 76

**Papel de Trabajo:** 4/24

**Título del Papel:** *ENCUESTAS A LOS PACIENTES*

**Ubicación:** Página 219

**Papel de Trabajo:** 5/24

**Título del Papel:** *ENCUESTAS A LOS EMPLEADOS*

**Ubicación:** Página 227

**Papel de Trabajo:** 6/24

**Título del Papel:** *EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO*

**Ubicación:** Página 77

- Papel de Trabajo:** 7/24  
**Título del Papel:** *HOJAS DE HALLAZGOS- FARMACIA*  
**Ubicación:** Página 240
- Papel de Trabajo:** 8/24  
**Título del Papel:** *HOJAS DE HALLAZGOS - LABORATORIO*  
**Ubicación:** Página 248
- Papel de Trabajo:** 9/24  
**Título del Papel:** *HOJAS DE HALLAZGOS – CONSULTA EXTERNA*  
**Ubicación:** Página 252
- Papel de Trabajo:** 10/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Medicamentos  
**Ubicación:** Página 125
- Papel de Trabajo:** 11/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Muestreo en 10 Pacientes  
**Ubicación:** Página 128
- Papel de Trabajo:** 12/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Inspección de los Fármacos  
**Ubicación:** Página 131
- Papel de Trabajo:** 13/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Compra de los Medicamentos  
**Ubicación:** Página 134

**Papel de Trabajo:** 14/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Atención al Usuario  
**Ubicación:** Página 137

**Papel de Trabajo:** 15/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Recepción de las Muestras del Laboratorio  
**Ubicación:** Página 140

**Papel de Trabajo:** 16/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Entrega de Resultados del Laboratorio  
**Ubicación:** Página 143

**Papel de Trabajo:** 17/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Entrega de los Resultados del Laboratorio  
**Ubicación:** Página 146

**Papel de Trabajo:** 18/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de la Evaluación de las Muestras del Laboratorio  
**Ubicación:** Página 149

**Papel de Trabajo:** 19/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Comunicación entre los Departamentos  
**Ubicación:** Página 152

**Papel de Trabajo:** 20/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Atención al Usuario – Consulta Externa  
**Ubicación:** Página 155

**Papel de Trabajo:** 21/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Registro del Paciente  
**Ubicación:** Página 158

**Papel de Trabajo:** 22/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Comunicación entre Consultas Externas  
**Ubicación:** Página 161

**Papel de Trabajo:** 23/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Atención al Usuario de Consulta Externa  
**Ubicación:** Página 164

**Papel de Trabajo:** 24/24  
**Título del Papel:** DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y LA CONFIANZA.-  
Proceso de Entregas de Turnos  
**Ubicación:** Página 167

**ANEXO.-** Oficios de Aprobación



Cuenca, 27 de marzo del 2008.

Señor Economista

**LUIS MARIO CABRERA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Ciudad.-

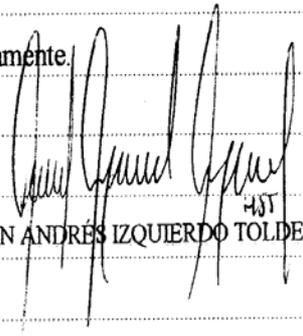
Señor Decano:

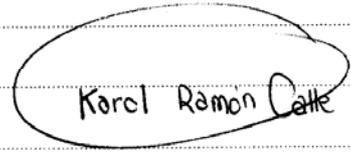
Nosotros: **FABIÁN ANDRÉS IZQUIERDO TOLEDO** y **KAROL VANNESSA RAMON CALLE**, estudiantes de la Escuela de Contabilidad Superior, con códigos 34000 y 33960 respectivamente, nos dirigimos a usted y por su digno intermedio al Concejo de Facultad, para solicitar la aprobación del diseño de tesis: **"AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADA AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL"**, así como la asignación del director.

De la misma manera nos permitimos sugerir como director al Econ. CPA. Teodoro Cubero Abril Mst., por cuanto nos a asesorado en este trabajo y contamos con su aprobación.

Por la favorable acogida que sabrá dar a la presente, anticipamos nuestros debidos agradecimientos.

Atentamente.

  
FABIÁN ANDRÉS IZQUIERDO TOLDEO

  
KAROL VANNESSA RAMON CALLE

SR.DR.ROMEL MACHADO CLAVIJO SECRETARIO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION.

CERTIFICO .Que, El H. Consejo de Facultad en sesión del 25 de Abril del 2008 io  
el informe del señor profesor de la Junta Academica de Contabilidad Superior de los  
señores Fabian Andres Izquierdo Toledo y Karol Vanesa Ramon Calle en base a esta  
,aprobo la denuncia de la Tesis con el tema AUDITORIA DE GESTION APLICADA  
AL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA NRO 302.DEL INSTITUTO  
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL y se ratifica como Director al  
Economista Teodoro Cubero Abril y como Miembros del Tribunal a los señores  
Profesores Economista Maria Eugenia Elizalde Raad e Ingeniero Jaime Arevalo  
Merchan los denunciantes tienen un plazo minimo de cuatro meses y un maximo de  
diez y ocho meses contados a partir de la fecha de aprobación, es decir hasta el 25 de  
Octubre del 2009°

Cuenca 28 de Abril del 2008



Cuenca, 27 de marzo del 2008.



Señor Economista

LUIS MARIO CABRERA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Ciudad.-

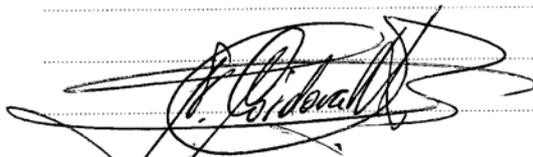
De nuestras consideraciones:

Quienes suscribimos la presente, informamos a usted que luego de haber revisado el diseño de tesis **“AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADA AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL”**, presentado por los estudiantes de la Escuela de Contabilidad Superior, Señor **FABIÁN ANDRÉS IZQUIERDO TOLEDO** y Señorita **KAROL VANNESSA RAMON CALLE**, como requisito a la obtención del título de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría, sobre el cual presentamos el siguiente informe:

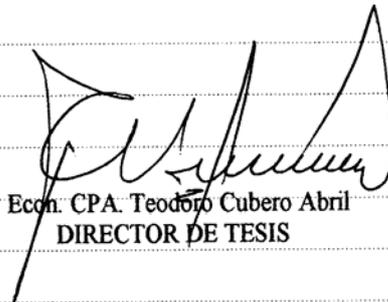
1. El contenido propone un trabajo objetivo y coherente sobre la ejecución de una **AUDITORIA DE GESTIÓN APLICADA AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**, la cual busca alcanzar la excelencia en cuanto al manejo económico, eficaz y eficiente de sus recursos.
2. El diseño cumple con los requisitos metodológicos básicos exigidos por la Facultad, en cuanto a la descripción del objeto de estudio, justificación, formulación del problema, objetivos, marco teórico, esquema tentativo, procedimientos metodológicos, recursos, cronograma y bibliografía necesaria para el desarrollo de la investigación.

Por las condiciones anotadas se emiten un informe favorable y salvo su mejor criterio, se recomienda su aprobación.

Atentamente,



Lcd. Vicente Córdova Mosquera  
PROFESOR DE METODOLOGIA



Econ. CPA. Teodoro Cubero Abril  
DIRECTOR DE TESIS

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY  
FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN  
ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA  
DISEÑO DE TESIS**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN APLICADA AL CENTRO DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA N° 302, DEL  
INSTITUTO ECUATORIANO DE  
SEGURIDAD SOCIAL”**

**1.- DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA**

**1.1.- DEFINICIÓN DEL TEMA DE TESIS**

El tipo de control que se ejerce sobre la gestión de las instituciones conlleva a la excelencia organizacional, más aún en las empresas del Estado, en donde se ve reflejado la eficiencia en el manejo de los fondos públicos; la obligatoriedad de la rendición de cuentas de la gestión realizada genera un problema hacia los funcionarios de las entidades, que al pretender conseguir la efectividad, eficiencia y economía no toman en cuenta algunos de los objetivos trazados inicialmente en las instituciones; es en donde nace uno propósitos de la de la Auditoría de Gestión, “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”<sup>2</sup>; por ello hemos visto la

---

<sup>2</sup> **ASESORIA GENERAL**, “Manual de Auditoría de Gestión”, Edi – Ábaco Cia. Ltda., 2004, pág. 36

necesidad de realizar la siguiente investigación, enfocada a la realización de una, **“Auditoría de Gestión Aplicada al Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”**, con el fiel propósito de examinar y evaluar la gestión y control ejercida en algunos de los servicios que presta la institución.

El Centro de Atención Ambulatoria N° 302 al prestar servicio de salud a los afiliados, jubilados y derecho habientes de los seguros sociales de enfermedad y maternidad, en los términos que señala la Ley del Seguro Social Obligatorio y el estatuto codificado del IESS y a la población en general mediante contratos individuales o corporativos, está contribuyendo al desarrollo social del segmento en donde fue creado, es decir, Cuenca cuenta con una atención ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento dispuesta para dar estos servicios en la institución.

El presente trabajo se ejecutará de acuerdo a las condiciones legales internas de la Facultad de Ciencias de la Administración, además contará con una importante ayuda de algunos docentes de la misma, así como también del factor de talento humano de la entidad en donde realizamos dicha investigación.

Esta propuesta a más de ser un requisito para obtener nuestro título profesional, será un valioso aporte para el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, para la ejecución de sus operaciones como también para el Directorio en la toma de decisiones.

## **1.2.- DELIMITACIÓN DEL TEMA DE TESIS**

Por el *contenido* la presente investigación corresponde al campo de Auditoría.

Mientras que por la *clasificación*, este proyecto centrará su atención en la Auditoría de Gestión considerando las fases del proceso de la misma, es decir:

- 1.- Conocimiento Preliminar
- 2.- Planificación

- 3.- Ejecución
- 4.- Comunicación de Resultados
- 5.- Seguimiento

Y por el *espacio* este trabajo investigativo se realizara en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ubicado en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay.

El período de investigación y recopilación de datos comprenderá: *el año 2006* en aspectos financieros y contables, más aún en aspectos operativos, técnicos y de recolección de información directa, los meses de *noviembre y diciembre del 2007 y enero del 2008*; siendo estos la base sustentable de nuestro estudio para la realización de la tesis presentada.

## **2.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

La justificación del tema, se realizará considerando los criterios que denotamos a continuación:

El presente trabajo aplicará *criterios académicos*, pues estos permitirán examinar y evaluar la gestión realizada por el Director del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 de acuerdo con criterios, leyes, normas, métodos y objetivos, con la finalidad de comprobar el grado de cumplimiento y en consecuencia poder detectar posibles situaciones de riesgo a fin de emitir las recomendaciones a que haya lugar.

De la misma manera se emplearán *criterios sociales*; hacia la *Comunidad* el estudio propone aportar con criterios para el mejoramiento de la gestión y el control en cuanto al servicio prestado por el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 a la comunidad cuencana, ya que investigaremos sobre el tratamiento que se da a los pacientes en este centro de salud y posteriormente se consideraran aspectos para mejorar dicho servicio. Mientras a la institución propiamente dicha, *C. A. A. N° 302*, se procurará que con el desarrollo de la presente investigación se aporte con

opiniones y criterios para la gestión del Centro de Atención Ambulatoria, en términos de mejorar:

- ☞ La eficiencia y eficacia de las diferentes áreas médicas y administrativas.
- ☞ El grado de cumplimiento de los servicios en cuanto a los objetivos establecidos, planteados, expresados en términos de calidad, cantidad, tiempo, etc.
- ☞ La comunicación entre todo el personal.
- ☞ El conocimiento de políticas y manuales en todos los niveles del organigrama.

Los *criterios institucionales* a aplicarse ayudarán a que la presente investigación cumpla con los contextos establecidos en el programa curricular de la Escuela de Contabilidad y Auditoría, haciendo que el tema constituya un aporte dentro de nuestro desarrollo profesional.

Y por último los *criterios personales* que abordará nuestro estudio serán innovadores, debido a que en el Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, nunca se ha llevado a cabo una Auditoría de Gestión, por ende se propone formular la misma, mediante la utilización de técnicas y demás métodos de auditoría convencionales, con el propósito de revisar y analizar la información proporcionada por la empresa auditada para emitir una opinión sobre la gestión y control.

Es necesario recalcar, que por la importancia que merece este tema requiere que aportemos con todos nuestros conocimientos adquiridos y capacidades desarrolladas para la elaboración y culminación exitosa del trabajo; el mismo que se realizará con la información que nos será proporcionada por la administración de la empresa.

### **3.- PROBLEMATIZACIÓN DEL TEMA**

#### **3.1.- PROBLEMA CENTRAL:**

El Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad pública que se encuentra ofreciendo sus servicios desde el año 1938, hasta la actualidad. En esta institución no se ha llevado a cabo una Auditoría de Gestión, por lo que el problema central radica en la carencia de una metodología aplicable, por la falta de sistematización de criterios y marcos teóricos que permitan examinar y evaluar la gestión desarrollada por el Director y funcionarios de dicha entidad, en términos de llegar a conclusiones y proporcionar sugerencias de ser el caso.

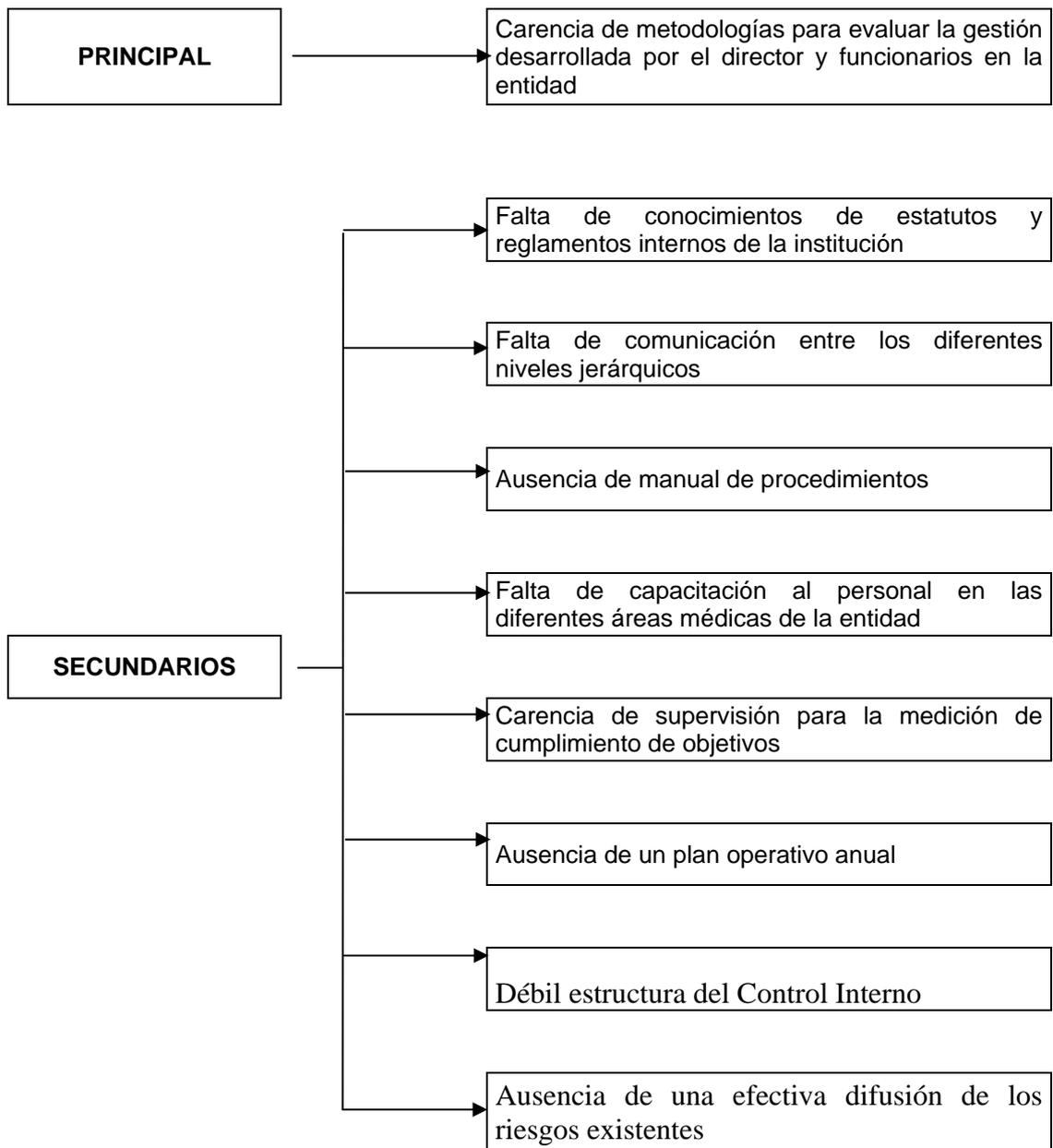
### **3.2.- PROBLEMAS COMPLEMENTARIOS**

Entre los problemas complementarios que se hallaran durante la investigación anotaremos los siguientes:

- ☞ Falta de conocimientos de los estatutos y reglamentos internos de la entidad, por parte del personal que labora en ella, provocando en ocasiones incumplimiento de los mismos.
- ☞ Falta de comunicación entre los niveles jerárquicos, por lo que no existe difusión de la información y por consiguiente no hay integración en los departamentos.
- ☞ No poseen un manual de procedimientos al cual regirse.
- ☞ No se cuenta con la supervisión adecuada para medir el grado de consecución de los objetivos en todos los niveles de la empresa.
- ☞ No existe un plan operativo anual, el mismo que en el caso de existir y de ser ejecutado permitiría tomar decisiones correctivas que aseguren el cumplimiento de los objetivos y metas planeadas por la institución.
- ☞ Débil estructura del Control Interno en la entidad.

☞ Ausencia de una efectiva difusión de los riesgos existentes.

### 3.3.- ARBOL DE PROBLEMAS



## **4.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS.**

### **4.1.- OBJETIVO PRINCIPAL**

Evaluar el desempeño Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria No 302, con el propósito de verificar el cumplimiento de los objetivos sociales y formular recomendaciones producto de la Auditoría de Gestión para su mejoramiento.

### **4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con el desarrollo de este trabajo de investigación son los que mencionamos a continuación:

- ☞ Conocer y analizar minuciosamente las actividades que se llevan a cabo en el Centro de Atención Ambulatoria N ° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con el fin de determinar el grado en el que el servicio esta cumpliendo con sus objetivos establecidos, en términos de eficiencia, eficacia, conocimiento y calidad.
- ☞ Aplicar las herramientas de la Auditoría de Gestión a las actividades desarrolladas por el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, con la finalidad de determinar mediante evaluaciones e indicadores de gestión el grado de cumplimiento de disposiciones legales, reglamentos y demás normativa aplicable al área examinada.
- ☞ Aplicar el modelo de Auditoría de Gestión al C. A. A. N° 302, con el propósito de obtener un conocimiento integral del objetivo de la entidad, el mismo que será evaluado mediante procedimientos, revelando de esta manera las deficiencias existentes de la entidad, así como los hallazgos positivos para finalmente emitir recomendaciones.

- ☞ Emitir conclusiones y recomendaciones de la labor realizada en el Centro de Atención Ambulatoria N ° 302, con la finalidad de dar a conocer aspectos positivos y negativos que se han desarrollado a lo largo del presente trabajo investigativo.

## **5.- MARCO TEÓRICO**

La Constitución Política de la República del Ecuador, expedida por la Asamblea Nacional Constituyente, mediante Decreto Legislativo N° 000 RO/1, el 11 de agosto de 1998, determina que: “la Contraloría General del Estado es el organismo técnico superior de control, con autonomía administrativa, presupuestaria y financiera, con atribuciones para controlar, los ingresos, gastos, inversiones, utilización de recursos, administración y custodia de los bienes públicos; realizar auditorías de gestión a las entidades y organismos del sector público y a sus servidores; pronunciarse sobre la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados de las instituciones, extendiendo su accionar a las entidades de derecho privado, respecto de los bienes, rentas u otras subvenciones de carácter público de que dispongan; dictar regulaciones de carácter general para el cumplimiento de las funciones de control y proporcionar asesoría en las materias de su competencia.” (Artículo 211, Pág. 1), la misma que todavía se encuentra vigente.

El Doctor Jorge Morejón Martínez, Director del Tribunal de la Constitución realiza el Acuerdo N° 392, el 4 de agosto del año 2004, que ratifica lo antes mencionado e insiste en la importancia de la realización de las auditorías de gestión, instaurando nuevos artículos en dicho texto, los que mencionan que los informes de auditoría de gestión se realizarán bajo las unidades de auditoría interna de las entidades del sector público y estarán dirigidos a examinar y evaluar el control interno, la gestión y desempeño de una institución, de acuerdo a principios de economía, efectividad y eficiencia, con una base legal que señalará el instrumento legal en el cual consta la creación o constitución de la entidad y se presentarán las disposiciones legales que tienen vinculación con la Unidad Administrativa, áreas, rubros o componentes

examinados y otras normas reglamentarias, y contendrán la estructura señalada en el "Manual de Auditoría de Gestión", expedido por el Contralor General del Estado mediante Acuerdo 031-CG de 22 de noviembre del 2001, publicado en el R. O. No. 469 de 7 de diciembre del 2001.

A partir de la creación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Centro de Atención Ambulatoria N° 302 en el año de 1983, y de otras instituciones del estado a través de los tiempos, se ejerce sobre necesidad de implementar medios de control en cada centro y sub centro, siendo esto todavía parte de la descentralización, que al no contar efectivamente en cada entidad del sector público un departamento especializado en técnicas de control y auditoría interna, como se da en el caso de la institución objetivo de nuestro estudio, impide la consecución de los objetivos y metas trazadas.

A continuación algunos de los conceptos más importantes que utilizaremos en la investigación a abordarse:

**AUDITORÍA:** Es un examen especial objetivo, sistemático y profesional, realizado con posterioridad a las operaciones administrativas, financieras; con el objetivo de evaluar y emitir un informe que contenga comentarios, conclusiones y recomendaciones.

**AUDITORÍA DE GESTIÓN:** La Asesoría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión, indica que: “ Es un examen sistemático y profesional, realizado por un equipo multidisciplinario con la finalidad de verificar la eficiencia de la gestión de una entidad, programa o proyecto en la relación de las metas y objetivos con los que fue creado, así como determinar el grado de economía y eficiencia de los recursos utilizados y de medir la calidad de los servicios, bienes u obras ofrecidos y el impacto socioeconómicos de los mismos.” (Pág. 28).

**ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** La administración de riesgos es una aproximación científica del comportamiento de los riesgos, anticipando posibles

pérdidas accidentales con el diseño e implementación de procedimientos que minimicen la ocurrencia de pérdidas o el impacto financiero de las pérdidas que puedan ocurrir.

**CONTROL INTERNO:** El informe COSO del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (Comité de la Organización de Patrocinio de la Comisión de Marcas), explica sobre Control Interno que: “es un instrumento de la gestión que comprende el plan de organización y de todos los métodos y procedimientos que en forma coordinada se adopta en una entidad para la protección de sus activos, la promoción de la eficiencia de las operaciones que allí se ejecutan y la fidelidad hacia las políticas establecidas en la institución, por lo que es un proceso afectado por el Consejo de Administración, la Dirección y el resto del personal, diseñado con el objetivo de proporcionar el grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos”. (Publicación Editada en los Estados Unidos en 1992).

**GESTIÓN:** La Asesoría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión, explica que: “la gestión comprende todas las actividades de una organización, las que implican el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento; además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia de la misma”. (Pág. 11)

**PAPELES DE TRABAJO:** Son el conjunto de cédulas y documentación fehaciente que contienen los datos e información obtenidos por el auditor en su examen, así como la descripción de las pruebas realizadas y los resultados de las mismas sobre los cuales sustenta la opinión que emite al suscribir su informe.

**PLAN OPERATIVO ANUAL (P. O. A.):** Corresponde a el establecimiento anual de actividades y operaciones de la Auditoría Interna, este es flexible, por lo que puede ser sujeto de cambios por las necesidades que se tenga, es sujeto de revisión y corrección a medida de que se produzcan nuevos hechos, con la única finalidad de lograr la consecución de los objetivos y metas previamente establecidas.

**PROGRAMAS DE AUDITORÍA:** Son guías que le permiten al auditor saber los procedimientos específicos a los que tiene que regirse para la realización de un examen, determina los pasos de las pruebas de cumplimiento hacia la obtención de resultados para posteriormente trasladarlos a un informe final.

**RIESGO DE AUDITORÍA:** Es el riesgo de que el auditor exprese una conclusión inapropiada. El auditor planea y realiza el trabajo entonces de manera tal que reduzca a un nivel aceptable el riesgo de expresar una conclusión inapropiada. En general, esos riesgos se pueden representar por los componentes, explicados anteriormente y asociados a la auditoría.

**RIESGO INHERENTE:** La Asesoría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión, explica que: “Los riesgos inherente son los asociados con la naturaleza de la temática de la investigación, es decir, son errores importantes generados por las características de la entidad u organismo”. (Pág. 59).

**RIESGO DE CONTROL:** La Asesoría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión, explica que: “El riesgo de control es el que el Sistema de Control Interno prevenga o corrija tales errores”.(Pág. 59).

**RIESGO DE DETECCIÓN:** La Asesoría General del Estado, en el Manual de Auditoría de Gestión, explica que dicho riesgo es: “el que los procedimientos del auditor no detecten los aspectos importantes que pueden afectar la temática de la auditoría”. (Pág. 59).

## **6.- ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **6.1.- TIPO DE ESTUDIO**

La metodología a aplicarse en la Auditoría de Gestión al Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se sustenta en un

estudio descriptivo, documental, histórico y análisis del caso particular de la institución.

## 6.2.- METODOS

En la realización de nuestro trabajo de investigación, el método que utilizaremos es el deductivo-inductivo, que nos permitirá ir comparando la teoría con la práctica, para luego de un análisis sugerir alternativas de solución.

## 6.3.- TECNICAS

Las técnicas de recolección de datos que utilizaremos en nuestro estudio están en función de los objetivos planeados, de entre los cuales utilizaremos los siguientes:

**Técnicas Bibliográficas:** Estas técnicas nos permitirán obtener fundamentos teóricos y técnicos de diferentes fuentes tales como: libros, revistas, periódicos y documentos que constituirán el sustento teórico del trabajo a realizarse, sin descartar la información proporcionada por la red más grande del mundo, “El Internet”.

Para el trabajo de campo utilizaremos las siguientes técnicas que nos servirán para el conocimiento y entendimiento de la problemática:

**Observación Directa.** Esta técnica se aplicará en la empresa con el fin de revisar la información y conocer el movimiento de sus operaciones.

**Entrevistas, Encuestas y Cuestionarios:** Se aplicará estas técnicas a funcionarios, empleados y usuarios que tengan relación o trabajen en áreas comprendidas en la investigación en el momento más oportuno.

Para hacer el análisis de los datos recopilados utilizaremos: tablas, gráficos, estadísticas, los mismos que nos permitirán describir el hecho sin deducirlo y evaluar conclusiones acerca de la información obtenida.

#### **6.4.- UNIVERSO**

El universo de investigación es el Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en lo que se refiere a elementos que componen el proceso de auditoría.

### **7.- RECURSOS**

#### **7.1.- RECURSOS HUMANOS**

**7.1.2.- Responsables.-** El presente trabajo será elaborado por el Sr. Fabián Andrés Izquierdo Toledo, y la Srta. Karol Vannessa Ramón Calle, estudiantes de la Escuela de Contabilidad Superior de la Facultad de Ciencias de la Administración de la Universidad del Azuay.

**7.1.2.- Asesor.-** La persona quien guiará y respaldará nuestra investigación a través de sus conocimientos y experiencias adquiridas será el Econ. Teodoro Cubero Abril, docente de la Universidad del Azuay.

**7.1.3.- Personal de Intervención.-** Se contará con la colaboración y apoyo de la Administración del Centro de Atención Ambulatoria N° 302, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, especialmente contamos con el apoyo del Director de dicha entidad, el Doctor Luís Pazmiño, quienes contribuirían con la información y opiniones respecto al tema de investigación, así como los usuarios de dicha institución.

## 7.2.- RECURSOS TECNICOS

Para el desarrollo del siguiente trabajo, previo a la obtención del título universitario, se utilizarán recursos técnicos tales como: dos computadoras portátiles, Internet, hojas de cálculos, programas de computación, reglamentos relacionados al tema de investigación, leyes vigentes, libros, entre otros.

## 7.2.- RECURSOS ECONÓMICOS

A continuación se presentará un cuadro estimado del presupuesto para la ejecución de nuestro trabajo investigativo, detallando precios, costos, descripciones y la utilización de dichos insumos:

<b>Cantidad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Precio / Costo</b>	<b>Utilización</b>
1	Derechos de Tesis	230,00	Presentación de Tesis
	Útiles de Oficina (Esferos, lápices, borradores, etc.)	25,00	Realización de Hojas de Trabajo, Escritos, Borradores, etc.
	Papelería (resmas de papel, carpetas, hojas membretadas, fólders, etc.)	35,00	Para la elaboración de Formularios, Papeles de Trabajo, etc.
3	Tinta de Impresora	48,00	Para la impresión de hojas de trabajo, papeles de trabajo, trabajo final, etc.
3	Trabajo de Empastados	36,00	Para la Presentación del trabajo final.
	Transporte	20,00	Para Movilizaciones hacia la culminación del presente trabajo.
	Copias	10,00	Para obtener referencias bibliográficas y documentales.
	Otros	30,00	Por cualquier evento no premeditado.
<b>TOTAL ESTIMADO</b>		<b>434,00</b>	

## **8.- ESQUEMA**

### **INTRODUCCION**

#### **CAPITULO I**

##### **1. ASPECTOS GENERALES DEL CAA – 302**

- 1.1** Objetivos de la Entidad
- 1.2** Actividad Principal
- 1.3** Misión Institucional
- 1.4** Visión Institucional
- 1.5** Orgánico Funcional
- 1.6** Órgano de Gobierno
- 1.7** Dirección General
- 1.8** Descripción del CAA – 302
- 1.9** Historia del CAA N - 302
- 1.10** Situación actual
- 1.11** Recursos
- 1.12** Servicios básicos
- 1.13** El organigrama
- 1.14** Estructura Económica y Financiera

#### **CAPITULO II**

##### **2. HERRMIENTAS DE LA AUDITORÍA DE GESTION**

- 2.1** Fundamentos de la Auditoría de Gestión en el Sector Público Ecuatoriano

- 2.2 Definición
- 2.3 Propósitos y Objetivos
- 2.4 Alcance
- 2.5 Enfoque
- 2.6 Herramientas de la Auditoría de Gestión
  - 2.6.1 *Equipo Multidisciplinario*
  - 2.6.2 *Control Interno*
  - 2.6.3 *Riesgos de Auditoría de Gestión*
  - 2.6.4 *Muestreo en la Auditoría de Gestión*
  - 2.6.5 *Evidencias Suficientes y Competentes*
  - 2.6.6 *Técnicas Utilizadas*
  - 2.6.7 *Papeles de Trabajo*
  - 2.6.8 *Parámetros e Indicadores de Gestión*
- 2.7 Fases de la Auditoría de Gestión

### **CAPITULO III**

## **3. APLICACIÓN DEL MODELO DE AUDITORÍA DE GESTION AL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA No 302 DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

- 3.1 Conocimiento Preliminar
- 3.2 Planificación
- 3.3 Ejecución
- 3.4 Comunicación de resultados
- 3.5 Seguimiento

## CAPITULO IV

### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 4.1 Conclusiones
- 4.2 Recomendaciones
- 4.3 Bibliografía.
- 4.4 Anexos

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

### 8.1 AUTORES:

- ☞ BACON, Charles, “Manual de Auditoría Interna”, Editorial Hispanoamericana, México D. F., 1973, Segunda Edición.
- ☞ CASHIN – P, NEUWIRTH – J, Levy, “Enciclopedia de la Auditoría”, Editorial Océano, 4 Tomos.
- ☞ CUBERO, Teodoro, “La Auditoría de Gestión en el Sector Público”.
- ☞ DÁVALOS, Marcelo, “Manual de Procedimientos de Auditoría de Gestión”.
- ☞ GARRALDA, Joaquín, “”Instituto de Empresa, La Herramienta Analítica” DAFO, Business School, 2002.
- ☞ HOLMES, Artur, “Principios Básicos de Auditoría”, México, Editorial Continental, 1980.
- ☞ MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Quito Ecuador, Tercera Edición, 2006.
- ☞ MEIGS B, Walter, “Principios de Auditoría”, Editorial Diana, 1983.
- ☞ PANY, Irwin, “Un Enfoque Integral”, 12ª Edición, Ray Whittington – Mcgraw. Hill – 2000.
- ☞ SLOSSE, Carlos y otros, “Un Enfoque Empresarial”, Ediciones Macchi, 1997.
- ☞ USAID, IAI, “Si Se Puede”, Marco integrado de Control de los Recursos y los Riesgos – Ecuador C. O. R. R. E. (COSO ERM) 2004.

## **8.2.- AUTORES COORPORATIVOS:**

- ☞ ASESORIA GENERAL, “Manual de Auditoría de Gestión”, Edi – Ábaco Cia. Ltda. Acuerdo 031 CG - 2002
- ☞ CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, “Normas de Control Interno de la República del Ecuador”, Acuerdo N° 020- CG del 10 de octubre del 2002.
- ☞ CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, “Normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental, Acuerdo N° 919. CG del 10 de octubre del 2002.
- ☞ INSTITUTO AUDITORES INTERNOS, “Marco para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, Quito Ecuador, 26 y 27 de Mayo del 2005.
- ☞ SEC, Information Security Inc. Education Center, “Auditoría de Sistemas basado en el Enfoque COBIT”, training 2006.
- ☞ UNIVERSIDAD DE CUENCA, “Manual de Auditoría Interna para Pequeñas y Medianas Empresas”, 1997

## **8.3.- NORMATIVAS, LEYES Y OTROS.**

- ☞ Guía para la Elaboración de Indicadores de Gestión.
- ☞ Guía para la Elaboración de Indicadores de Gestión.
- ☞ Información obtenida por la entidad (Archivos).
- ☞ Isaca, Bookstore
- ☞ Ley del Seguro Social.
- ☞ Normas Ecuatorianas de Auditoría (NEA).
- ☞ Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento (NIAA).

## 9.- CRONOGRAMA DE TRABAJO

<b>A C T I V I D A D E S</b>	<b>T I E M P O</b>																				
	<b>Ene.</b>		<b>Febrero</b>				<b>Marzo</b>				<b>Abril</b>				<b>Mayo</b>				<b>Junio</b>		
	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Selección del Tema de Tesis																					
Verificación de bibliografía existente para el desarrollo.																					
Definición de la empresa a Auditar y autorización de la misma.																					
Entrevistarnos con la persona adecuada para ejecutar el trabajo de campo en la empresa.																					
Realización del Diseño de Tesis																					
Aprobación del Diseño de Tesis																					
Recolección de Datos																					
Procesamiento de datos																					
Análisis de datos																					
Redacción de Capítulos																					
Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones																					
Revisión Final																					
Empastado																					
Presentación																					