



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE INGENIERA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TÍTULO:

Auditoría de Gestión como herramienta de mejora administrativo financiero y su resultado en el sub-centro de Salud San José de Manta. Parroquia Tarqui.

Periodo 2017-2018

Autora: Vélez García Shirley Estefanía

Tutor: Ing Pedro Reyes Vélez

Facultad de Contabilidad y Auditoría

Carrera de Contabilidad y Auditoría

Manta – Manabí – Ecuador

Marzo, 2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación de la Facultad de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, certifico: haber dirigido y revisado la tesis sobre el tema: “**Auditoría de Gestión como herramienta de mejora administrativo financiero y su resultado en el sub-centro de Salud San José de Manta. Parroquia Tarqui. Periodo 2017-2018**” elaborado por la autora Vélez García Shirley Estefanía, por lo que considero que el mencionado trabajo investigativo, reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador que las autoridades designen.

En honor a la verdad.

Ing Pedro Reyes Vélez

Tutor

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los miembros de Tribunal de Grado, aprueban el informe del proyecto de Investigación, sobre el tema **“Auditoría de Gestión como herramienta de mejora administrativo financiero y su resultado en el sub-centro de Salud San José de Manta. Parroquia Tarqui. Periodo 2017-2018”**.

Presentado por Vélez García Shirley Estefanía.

De acuerdo con las disposiciones reglamentarias emitidas por la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

Para constancia firman:

Ing. Dallas San Andrés Hormaza, Mg

Ing. Nancy Pinargote Vásquez Mg

Ing. Iliana Loor Alcívar, Mg

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo Vélez García Shirley Estefanía con CI# 131524806-0, estudiante de la Facultad de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí; con relación al informe final presentado para la obtención del título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría, declaro que asumo la originalidad de este trabajo entendida en el sentido que no he utilizado fuentes sin citarlas debidamente.

Vélez García Shirley Estefanía

AUTORA

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios por permitirme llegar a cumplir una de mis metas, a pesar de las adversidades que en el camino se me presentaron.

A mis padres, José Reynaldo Vélez Mejía, Shirley Yadira García Campos, gracias por darme la vida, por su apoyo incondicional durante estos años.

A mis hermanos, Valeria, Ronny, Yandry, Anahí, y Jennifer

A mi pequeño sobrino Iker Antonio Figueroa Vélez ya que a su corta edad al superar un accidente automovilístico tan fuerte y someterse a terapias dolorosas y sedentarias para su recuperación, es mi motivación y ejemplo de Fe, Lucha y Constancia, de qué cuando uno se propone algo, por muy difícil que sea, si eres perseverante y luchas por aquello lo puedes conseguir.

A mi tía Geoconda Vélez por sus consejos de superación que siempre siga adelante para un mejor futuro.

A mi esposo José Daniel quién a mitad de mi carrera llego a darle un cambio total a mi vida, y con él vino el ser qué más amo en este mundo, mi hijo Daniel Sebastián. Gracias por regalarme esta linda y pequeña familia, que ahora es mi fuerza, motivación e inspiración de luchar día a día

A todos los docentes que compartieron sus conocimientos durante estos cinco años de estudios y a todas las personas que estuvieron a mi lado y lograron que este sueño se hiciera realidad.

RECONOCIMIENTO

Deseo expresar mi reconocimiento A la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años, a todos los docentes de la Facultad de Contabilidad y Auditoría, que a lo largo de estos años compartieron sus conocimientos en clases.

Al Ingeniero Pedro Reyes quién fue mi tutor en este trabajo investigativo; a los miembros del jurado, Ing. Arturo Vélez, Ing. Dallas San Andrés, Ing. Nancy Pinargote,

A mis amigos, compañeros y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

Al sub-centro San José de Manta por su cooperación en información, a la Directora del mismo la Dra. Lucía Cedeño Ramírez, por contestar el cuestionario sobre la gestión institucional, al personal de la institución, en especial a la Licenciada Teresa Farfán por la colaboración de datos.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA..... | ii |
| APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN..... | iii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA..... | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| RECONOCIMIENTO..... | vi |
| INTRODUCCIÓN..... | xi |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| 1. MARCO TEÓRICO..... | 1 |
| 1.1. Fundamentación teórica..... | 1 |
| 1.1.1. Auditoría de Gestión..... | 1 |
| 1.1.2. Importancia de la auditoría de gestión..... | 1 |
| 1.1.3. Objetivos de la auditoría de gestión..... | 2 |
| 1.1.4. Auditoría de Calidad..... | 2 |
| 1.1.5. Normas ISO..... | 3 |
| 1.1.6. Control interno..... | 6 |
| 1.1.6.1. Clasificación del Control..... | 7 |
| 1.1.6.2. Objetivos generales del control interno aplicables a los sistemas..... | 8 |
| 1.1.6.3. Procedimientos del sistema de control interno..... | 9 |
| 1.1.6.4. Principios del sistema de Control Interno..... | 10 |
| 1.1.7. Auditoría administrativa..... | 11 |
| 1.1.7.1. Funciones y alcance de la auditoría operativa en gestión pública..... | 13 |
| 1.1.7.2. Campo de aplicación de la auditoría administrativa..... | 14 |
| 1.1.7.3. Metodología de la auditoría administrativa..... | 15 |
| 1.2. Antecedentes investigativos..... | 16 |
| CAPÍTULO II..... | 20 |
| 2. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO..... | 20 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Métodos o tipos de investigación aplicada..... | 20 |
| 2.2. Técnicas y procesamiento de la información | 20 |
| 2.3. Población..... | 22 |
| 2.4. Muestra..... | 22 |
| 2.5. Análisis de resultados..... | 23 |
| CAPÍTULO III | 48 |
| 3. DISEÑO DE LA PROPUESTA | 48 |
| 3.1. Título de la propuesta..... | 48 |
| 3.2. Justificación..... | 48 |
| 3.3. Fundamentación | 49 |
| 3.4. Objetivo General de la propuesta | 49 |
| 3.5. Objetivos específicos de la propuesta | 49 |
| 3.6. Factibilidad..... | 50 |
| 3.7. Descripción de la propuesta | 50 |
| 3.8. Descripción de los Beneficiarios..... | 51 |
| 3.9. Beneficios del proyecto | 51 |
| 3.10. Gestión por procesos | 52 |
| CONCLUSIONES | 62 |
| RECOMENDACIONES | 63 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 64 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Principios de la auditoría de gestión | 4 |
| Tabla 2: Objetivos de la auditoría administrativa..... | 11 |
| Tabla 3: Etapas de la metodología de la auditoría administrativa..... | 15 |
| Tabla 4: Gestión Administrativa | 23 |
| Tabla 5: Acondicionamiento físico adecuado | 24 |
| Tabla 6: Ambiente agradable para laborar con el equipo multidisciplinario..... | 25 |
| Tabla 7: Función que ejerce es acorde a su título profesional..... | 26 |
| Tabla 8: Proceso operativo | 27 |
| Tabla 9: Rendimiento laboral | 28 |
| Tabla 10: Problemas o necesidades del personal que labora..... | 29 |
| Tabla 11: Observaciones y sugerencias..... | 30 |
| Tabla 12: Capacitación..... | 31 |
| Tabla 13: Incorporación de estrategias..... | 32 |
| Tabla 14: Evaluación preliminar del Control Interno..... | 33 |
| Tabla 15: Principales causas de morbilidad | 35 |
| Tabla 16: Principales causas de mortalidad..... | 36 |
| Tabla 17: Inventario de Talento Humano..... | 36 |
| Tabla 18: FODA..... | 38 |
| Tabla 19: Control Interno: Integridad y Valores Eticos | 39 |
| Tabla 20: Evaluación del Control Interno: Estructura Organizativa | 40 |
| Tabla 21: Evaluación del Control Interno: Establecimiento de Objetivos | 41 |
| Tabla 22: Evaluación del Control Interno: Identificación de Eventos | 42 |
| Tabla 23: Evaluación del Control Interno: Medición de Riesgo | 43 |
| Tabla 24: Evaluación del Control Interno: Actividades de Control..... | 44 |
| Tabla 25: Evaluación del Control Interno: Información y Comunicación | 45 |
| Tabla 26: Proceso de Gestión de calidad..... | 53 |
| Tabla 27: Actualización de documentos..... | 54 |
| Tabla 28: Satisfacción al usuario..... | 55 |
| Tabla 29: Entrega de turnos..... | 56 |
| Tabla 30: Gestión del Calidad | 57 |
| Tabla 31: Auditoría Interna referente a la Gestión de Calidad..... | 58 |
| Tabla 32: Acciones correctivas | 59 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo general aplicar la Gestión por procesos para mejorar la parte administrativa y financiera del sub-centro de Salud San José de Manta.

Entre los principales problemas abordados se encuentra que los pacientes no se sienten conformes por no contar con equipos para la atención, no se tiene un acondicionamiento adecuado, falta de capacitación al personal administrativo y no existe un modelo de gestión por procesos donde se evaluó el riesgo que consiste en la identificación y análisis de los factores que podrían afectar la consecución de los objetivos.

Se utilizó el método: deductivo, inductivo y de análisis, donde se empezó estudiando el clima laboral y sus definiciones, se concluye con la propuesta de acuerdo a los problemas encontrados, se emplearon técnicas de observación, encuesta y entrevista; de esta forma se obtuvo la información necesaria sobre la gestión administrativa.

Todo lo referido condujo a diseñar un modelo de gestión por procesos administrativo financiero para mejorar la calidad del servicio, basado en el mejoramiento de documentos de sistema de gestión, actualización de documentos, satisfacción al usuario, entrega de turnos, revisión de sistema de gestión de calidad, auditoría interna y acciones correctivas. La puesta en marcha del proyecto facilitará la toma de acciones correctivas, preventivas y permitirá mejorar la gestión.

INTRODUCCIÓN

La Auditoría de Gestión conocida también como operativa se centra básicamente en la efectividad de los procesos que se llevan a cabo en la organización. La auditoría operativa u operacional se ha definido como un examen integral y constructivo de la estructura orgánica de la empresa y de sus componentes, planes y políticas, controles financieros y operativos, modos operativos y del aprovechamiento de sus recursos físicos y humanos, en la actualidad las instituciones públicas y privadas adoptan herramientas de mejora administrativo-financiero con el fin de aportar la gestión laboral y ser competitivos.

El presente trabajo investigativo se ha realizado en el sub-centro de Salud San José, perteneciente a la Parroquia Tarqui, Cantón Manta, cabe recalcar que ésta es una empresa pública, por lo tanto, la investigación es de vital importancia, ya que se han emitido recomendaciones, al aplicarlas traerán sin duda, un cambio a la institución.

Por esta razón, el objetivo general es Analizar los pasos para la aplicación de la Auditoría de Gestión y mejorar la parte administrativa y financiera del sub-centro de Salud San José de Manta, siendo sus objetivos específicos; sistematizar los fundamentos teóricos y metodológicos que sirven de sustento científico para determinar la auditoría de gestión, evaluar los procesos de atención al usuario mediante un estudio de campo y observación a la unidad de salud y realizar una propuesta basada en un modelo de gestión por procesos.

El objeto de la investigación es Auditoría de Gestión y su campo Área administrativo financiero del sub-centro de Salud San José, se utilizó el método deductivo y de análisis, donde se empezó estudiando el clima laboral y sus definiciones, concluyendo con la propuesta de acuerdo a los problemas encontrados, se emplearon técnicas de: observación, encuesta y entrevista.

El capítulo I, de la presente investigación contiene los antecedentes investigativos y la fundamentación teórica. El capítulo II, presenta de manera detallada los tipos y métodos de investigación aplicados, las técnicas de procesamiento de la información, la población, muestra y análisis de los resultados. En el capítulo III, se encuentra el diseño de la propuesta, con el propósito de solucionar el problema existente como es la falta de un modelo de gestión de procesos. Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones y anexos del proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Fundamentación teórica

1.1.1. Auditoría de Gestión

De acuerdo al criterio de Franklin Finkowsky, Enrique Benjamín (2016) “Una auditoría administrativa es la revisión analítica total o parcial de una organización con el propósito de precisar su nivel de desempeño y perfilar oportunidades de mejora para innovar el valor y lograr una ventaja competitiva sustentable.” (p.27).

Para Cajilma Javier & Guamán Paúl (2014) “La auditoría de gestión se la puede definir como un examen sistemático, secuencial, que debe seguir un orden; y debe caracterizarse por ser objetiva e imparcial. Esta auditoría estudia el desarrollo de las operaciones de las empresas para identificar cualquier tipo de error que se cometiese en el correcto cumplimiento de los objetivos y metas trazadas por las entidades ya sean públicas o privadas de manera deliberada o involuntaria” (p.23).

Para el autor Sotelo Jesús (2018) “La auditoría de un sistema de gestión de calidad es importante ya que de ella emanan las revisiones de cumplimiento sobre las normas ISO consideran dentro de las organizaciones tanto públicas como privadas, y en el caso de la norma ISO 19011:2011 esta puede ser aplicable tanto para la revisión de la ISO 9001 y de la ISO 14000” (pág 232-236).

1.1.2. Importancia de la auditoría de gestión

Para Ruíz (2014) la importancia de realizar una auditoría de gestión se resume en la necesidad de comprobar el cumplimiento de las metas y objetivos de una empresa. Contar con los recursos personales y productivos necesarios para llevar a cabo una actividad empresarial no es suficiente. Hay que conocerlos a fondo en su uso y control, evaluarlos y, si es preciso, modificarlos para mejorar el negocio y así alcanzar la máxima eficiencia (p.32).

1.1.3. Objetivos de la auditoría de gestión

De acuerdo al criterio de Cuellar (2017) el objetivo primordial de la auditoría de gestión consiste en descubrir deficiencias o irregularidades en algunas de las partes de la empresa y apuntar sus probables remedios. La finalidad es ayudar a la dirección a lograr la administración más eficaz. Su intención es examinar y valorar los métodos y desempeño en todas las áreas. Los factores de la evaluación abarcan el panorama económico, la adecuada utilización de personal y equipo y los sistemas de funcionamiento satisfactorios.

En la auditoría de gestión se realizan estudios para determinar deficiencias causantes de dificultades, sean actuales o en potencia, las irregularidades, embotellamientos, descuidos, pérdidas innecesarias, actuaciones equivocadas, deficiente colaboración fricciones entre ejecutivos y una falta general de conocimientos o desdén de lo que es una buena organización. Suele ocurrir a menudo que se produzcan pérdidas por prolongados espacios de tiempo, lo cual, a semejanza de las enfermedades crónicas, hace que vaya empeorando la situación debido a la falta de vigilancia.

Se determina como objetivos principales de la auditoría de gestión los siguientes:

- Determinar lo adecuado de la organización de la entidad
- Verificar la existencia de objetivos y planes coherentes y realistas
- Vigilar la existencia de políticas adecuadas y el cumplimiento de las mismas
- Comprobar la confiabilidad de la información y de los controles establecidos
- Verificar la existencia de métodos o procedimientos adecuados de operación y la eficiencia de los mismos
- Comprobar la utilización adecuada de los recursos.

1.1.4. Auditoría de Calidad

Yáñez (2018) menciona “La auditoría desde sus inicios, en la edad antigua, estuvo orientada a la revisión metódica y rigurosa a fines administrativos contables, evolucionado posteriormente a otras áreas, tales como la operativa y la de calidad”. Por otra parte, Gryna, Chua y Defeo (2015) definen la auditoría como “una revisión independiente que se lleva a cabo para comparar algunos aspectos del desempeño de calidad con un estándar para ese desempeño,

se resalta en esta noción la esencia de la auditoría de calidad y la comparación de resultados obtenidos (verificables) con los estándares establecidos” (p.56).

Por lo anterior, y como criterio personal el proceso de auditoría en un sistema de gestión de calidad, es una parte meramente importante no solo en cuanto a la realización, sino también debe influenciar en las recomendaciones de mejoramiento que se detecten en los procesos organizacionales, por ende, la mejora de las organizaciones en cuanto a la homogenización de los procesos de acuerdo con lo analizado en las mismas.

Escobar, Moreno y Cuevas (2016) desarrollaron entrevistas (a expertos nacionales e internacionales) y revisiones documentales a partir de las que permitieron establecer un grupo de limitaciones en la actual gestión de auditorías integradas, como herramienta de evaluación al SIG expresadas en las problemáticas siguientes:

- ✓ Deficiencias en el control y seguimiento de los resultados del proceso de auditoría evidenciado en un alto índice de repetitividad en las no conformidades detectadas.
- ✓ Los indicadores aportados en el procedimiento de auditoría interna para el desarrollo del proceso no expresan desde una perspectiva de calidad la información necesaria para su retroalimentación y mejora.
- ✓ No disponibilidad de herramientas devenidas de las TIC que permitan favorecer el trabajo de los auditores y las acciones de seguimiento y control por parte de la organización hacia los resultados del proceso de auditoría.
- ✓ Dificultades en la planificación, realización y seguimiento de la auditoría, en que no se concibe el tratamiento a los riesgos del proceso; estos definen una dimensión de peligrosidad que afecta de manera directa su calidad.

1.1.5. Normas ISO

Los autores Valencia y Párraga (2013) consideran las Normas ISO como “el proceso que representa un sistema particular, que opera dentro de un sistema general, cuyas actividades interactúan para obtener un resultado de mayor valor que al principio”. Es importante su identificación, midiéndolos y controlándolos para asegurar un buen desempeño (gestión por procesos). La satisfacción del cliente dependerá mucho de cómo se desarrollan cada uno de los procesos. Al iniciar la implementación de un SGC ISO 9001, las organizaciones deben

reestructurarse hacia un enfoque por procesos y estos deben ser administrados adecuadamente, midiendo su desempeño por medio de indicadores claves, con el fin de tomar las acciones correctivas apropiadas y la consecuente mejora de los mismos y de toda la empresa.

Dichos sistemas de calidad deben de ser evaluados mediante auditorías de calidad, mismas que verifican que se esté cumpliendo con lo que se establece en la norma ISO, ya que uno de los principales principios es la mejora continua que se realiza en todas y cada una de las actividades que se desarrollan en las organizaciones, ya sea prestando un servicio o en la elaboración de un producto, es decir, en cualquier tipo de organización (p.32).

La Secretaria Central de ISO (2015) proporciona orientación sobre la auditoría de los sistemas de gestión, incluyendo los principios de la auditoría, la gestión de un programa de auditoría y la realización de auditorías de sistemas de gestión, así como orientación sobre la evaluación de la competencia de los individuos que participan en el proceso de auditoría, incluyendo a la persona que gestiona el programa de auditoría, los auditores y los equipos auditores. Es aplicable a todas las organizaciones que necesitan realizar auditorías internas o externas de sistemas de gestión, o gestionar un programa de auditoría. La aplicación de esta Norma Internacional a otros tipos de auditorías es posible, siempre que se preste especial atención a la competencia específica necesaria.

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios. Estos principios deberían ayudar a hacer de la auditoría una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a esos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes y para permitir a los auditores, trabajando independientemente entre sí, alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares.

Tabla 1: Principios de la auditoría de gestión

| | |
|------------|--|
| Integridad | <p>El fundamento de la profesionalidad. Los auditores y las personas que gestionan un programa de auditoría deberían:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desempeñar su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad. ✓ Observar y cumplir todos los requisitos legales aplicables. ✓ Demostrar su competencia al desempeñar su trabajo. |
|------------|--|

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desempeñar su trabajo de manera imparcial, es decir, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas sus acciones. ✓ Ser sensible a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría. |
| Presentación imparcial | La obligación de informar con veracidad y exactitud. Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de auditoría. Se debería informar de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado. La comunicación debería ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa. |
| Debido cuidado profesional | La aplicación de diligencia y juicio al auditar. Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas. Un factor importante al realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es tener la capacidad de hacer juicios razonados en todas las situaciones de la auditoría. |
| Confidencialidad: seguridad de la información | Los auditores deberían proceder con discreción en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de sus tareas. La información de la auditoría no debería usarse inapropiadamente para beneficio personal del auditor o del cliente de la auditoría, o de modo que perjudique el interés legítimo del auditado. Este concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial. |
| Independencia | La base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría. Los auditores deberían ser independientes de la actividad que se audita siempre que sea posible, y en todos los casos deberían actuar de una manera libre de sesgo y conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores deberían ser independientes de los responsables operativos de la función que se audita. Los auditores deberían mantener la objetividad a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados solo en la evidencia de la auditoría. Para las organizaciones pequeñas, puede que no sea posible |

| | |
|--------------------------------|---|
| | que los auditores internos sean completamente independientes de la actividad que se audita, pero deberían hacerse todos los esfuerzos para eliminar el sesgo y fomentar la objetividad. |
| Enfoque basado en la evidencia | El método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiable y reproducible en un proceso de auditoría sistemático. La evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general se basará en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un periodo de tiempo delimitado y con recursos finitos. Debería aplicarse un uso apropiado del muestreo, ya que está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría |

Fuente: Scielo Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo

Elaborado por: Autora

1.1.6. Control interno

Para López Claudia (2014) en su trabajo investigativo menciona que: “el control de una Empresa como base de un control interno, es aquella función o actividad que constantemente compara los resultados reales obtenidos, con los previstos deduciendo inmediatamente los suficientes datos para modificar las decisiones de los mandos y las acciones en sus procesos administrativos”

Figura 1: Evaluación del control interno



Fuente: Coopers&Lybrand: Los nuevos conceptos del control Interno, Componentes del Control Interno, 2011

Elaborado por: Autora del proyecto

El Criterio de Lema María (2012) menciona que “El Control interno se define ampliamente como un proceso realizado por el consejo de directores, administradores y otro personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable mirando el cumplimiento de los objetivos en las siguientes categorías”:

- ✓ Efectividad y eficiencia de las operaciones.
- ✓ Confiabilidad de la información financiera.
- ✓ Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

El control interno es una función que tiene por objeto salvaguardar y preservar los bienes de la empresa, evitar desembolsos indebidos de fondos y ofrecer la seguridad de que no se contraerán obligaciones sin autorización. El control interno no es un evento o circunstancia, si una serie de acciones que las actividades de una institución. Tales acciones son penetrantes y son inherentes a la manera como la administración dirige los negocios. El control interno o de gestión es un conjunto de áreas funcionales en una empresa y de acciones especializadas en la comunicación y control al interior de la empresa.

De acuerdo a lo investigado por España (2015)“El Sistema de Control Interno de una empresa forma parte del Control de Gestión de tipo táctico y está constituido por el plan de organización, la asignación de deberes y responsabilidades, el sistema de información financiero y todas las medidas y métodos encaminados a proteger los activos, promover la eficiencia, obtener información financiera confiable, segura y oportuna y lograr la comunicación de políticas administrativas y estimular y evaluar el cumplimiento de estas últimas” (p.56).

1.1.6.1. Clasificación del Control

Existen dos tipos de controles internos: administrativos y contables

Control Contable: Comprende el plan de la organización y los registros que conciernen a la salvaguarda de los activos y a la confiabilidad de los registros contables. Estos tipos de controles brindan seguridad razonable:

- a) Los intercambios son ejecutados de acuerdo con autorizaciones generales o específicas de la gerencia.
- b) registran los cambios para: mantener un control adecuado y permitir la preparación de los estados financieros.

- c) Se salvaguardan los activos solo accesándolos con autorización
- d) Los activos registrados son comparados con las existencias.

Control Administrativo

No está limitado al plan de la organización y procedimientos que se relaciona con el proceso de decisión que lleva a la autorización de intercambios, sino que se relaciona con la eficiencia en las operaciones establecidas por el ente (Granadillo, 2015).

- a) Los recursos de la empresa, no podrán ser utilizados para manejo personal.
- b) Cuidar los inventarios y su excelencia para la administración.
- c) Control de asistencia de los trabajadores.
- d) Delimitar funciones y responsabilidades en todos los estamentos de la entidad.
- e) Analizar si las personas que realizan el trabajo dentro y fuera de la compañía es el adecuado y lo están realizando de una manera eficaz.
- f) Controlar el acceso de personas no autorizadas a los diferentes departamentos de la empresa.

Ej: Control interno administrativo: Cotización de compras, el más barato

Control interno contable: Perfecto registro de ingresos de Materia Prima.

Objetivos del Control

- ✓ Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios;
- ✓ Proteger y conservar los recursos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
- ✓ Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales,
- ✓ Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad; y,
- ✓ Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios.

1.1.6.2.Objetivos generales del control interno aplicables a los sistemas

General

Ayudar a la administración y dirección de la Empresa al mejor y eficaz desempeño de sus labores.

Específicos

- ✓ Garantizar procesos de planeación y desarrollo organizacional de acuerdo con la naturaleza de la organización.
- ✓ Protección de los recursos y activos en cuanto a su desaprovechamiento, pérdida y uso indebido.
- ✓ Cumplimiento de las metas trazadas por la administración de la Empresa.
- ✓ Garantizar una información confiable y veraz.
- ✓ Evaluar la eficiencia, eficacia, economía de las operaciones para garantizar una correcta ejecución de las funciones y actividades.
- ✓ Cumplir con los reglamentos de la Empresa.
- ✓ Prevenir errores, riesgos e irregularidades.
- ✓ Idoneidad y eficiencia del recurso humano.
- ✓ Crear conciencia de control.
- ✓ Garantizar la evaluación y seguimiento de la gestión.

1.1.6.3. Procedimientos del sistema de control interno

Los principios del procedimiento que se asumen son:

1. Preparación continua, integral y pertinente, de los actores que aplicarán el procedimiento de acuerdo con las necesidades a cada nivel.
2. Que responda a las necesidades e insuficiencias detectadas en la caracterización inicial de la empresa.
3. Carácter integrador de las acciones previstas en cada etapa, las que deben tener un carácter dinámico y coherente.
4. Flexible, pues durante el análisis y evaluación de las acciones se perfeccionan, reajustan, suprimen o promueven otras nuevas.
5. Pleno acceso, pues todos los trabajadores pueden participar en las actividades que necesiten del sistema.
6. Esfuerzo adicional, basado en la motivación y compromiso de los trabajadores, donde se requiere de un esfuerzo adicional en su preparación.
7. Delimitación de responsabilidades, de todos los actores a diferentes niveles en la organización.
8. Autoevaluación permanente, como vía implícita en el procedimiento, para darle continuidad a su cumplimiento y reflejar los resultados a nivel individual y colectivo.

1.1.6.4. Principios del sistema de Control Interno

El control interno implica que éste se debe diseñar tomando en cuenta los siguientes principios:

- ✓ El principio de igualdad: consiste en que el Sistema de Control Interno debe velar porque las actividades de la organización estén orientadas efectivamente hacia el interés general, sin otorgar privilegios a grupos especiales.
- ✓ El principio de moralidad: todas las operaciones se deben realizar no sólo acatando las normas aplicables a la organización, sino los principios éticos y morales que rigen la sociedad. Los valores morales surgen primordialmente en el individuo por influjo y en el seno de la familia, y son valores como el respeto, la tolerancia, la honestidad, la lealtad, el trabajo, la responsabilidad, etc. Los valores morales perfeccionan al hombre en lo más íntimamente humano, haciéndolo más humano, con mayor calidad como persona.
- ✓ El principio de eficiencia: vela porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la provisión de bienes y/o servicios se haga al mínimo costo, con la máxima eficiencia y el mejor uso de los recursos disponibles.
- ✓ El principio de economía: vigila que la asignación de los recursos sea la más adecuada en función de los objetivos y las metas de la organización.
- ✓ El principio de celeridad: consiste en que uno de los principales aspectos sujetos a control debe ser la capacidad de respuesta oportuna, por parte de la organización, a las necesidades que atañen a su ámbito de competencia.
- ✓ Los principios de imparcialidad y publicidad: consiste en obtener la mayor transparencia en las actuaciones de la organización, de tal manera que nadie pueda sentirse afectado en sus intereses o ser objeto de discriminación, tanto en oportunidades como en acceso a la información.
- ✓ El principio de valoración de costos ambientales: consiste en que la reducción al mínimo del impacto ambiental negativo debe ser un valor importante en la toma de decisiones y en la conducción de sus actividades rutinarias en aquellas organizaciones en las cuales sus operación pueda tenerlo.

- ✓ El principio del doble control: consiste en que una operación realizada por un trabajador en determinado departamento, sólo puede ser aprobada por el supervisor del control interno, si esta operación ya fue aprobada por el encargado del departamento. Cuando se efectúa la asignación de funciones, hay que tener presente que el trabajo que ejecuta un individuo, sea el complemento del realizado por otro, el objetivo es que ninguna persona debe poseer el control total.

1.1.7. Auditoría administrativa

Para Benjamín Franklin (2015) “Una auditoría administrativa es la revisión analítica total o parcial de una organización con el propósito de precisar su nivel de desempeño y perfilar oportunidades de mejora para innovar valor y lograr una ventaja competitiva sustentable” (p.11).

Por sus características, la auditoría administrativa constituye una herramienta fundamental para impulsar el crecimiento de las organizaciones, toda vez que permite detectar en qué áreas se requiere de un estudio más profundo, qué acciones se pueden tomar para subsanar deficiencias, cómo superar obstáculos, cómo imprimir mayor cohesión al funcionamiento de dichas áreas y, sobre todo, realizar un análisis causa-efecto que concilie en forma congruente los hechos con las ideas.

En virtud de lo anterior, es necesario establecer el marco para definir objetivos congruentes cuya cobertura encamine las tareas hacia resultados específicos. Entre los criterios más sobresalientes para lograrlo se pueden mencionar:

Tabla 2: Objetivos de la auditoría administrativa

| | |
|-------------------------|--|
| De control | Destinados a orientar los esfuerzos en la aplicación de la auditoría y evaluar el comportamiento organizacional en relación con estándares preestablecidos. |
| De productividad | Encauzan las acciones de la auditoría para optimizar el aprovechamiento de los recursos de acuerdo con la dinámica administrativa instituida por la organización. |
| De organización | Determinan que el curso de la auditoría apoye la definición de la estructura, competencia, funciones y procesos a través del manejo eficaz de la delegación de autoridad y el trabajo en equipo. |

| | |
|------------------------------|--|
| De servicio | Representan la manera en que la auditoría puede constatar que la organización está inmersa en un proceso que la vincula cuantitativa y cualitativamente con las expectativas y satisfacción de sus clientes. |
| De calidad | Disponen que la auditoría tienda a elevar los niveles de actuación de la organización en todos sus contenidos y ámbitos, para que produzca bienes y servicios altamente competitivos. |
| De cambio | Transforman la auditoría en un instrumento que hace más permeable y receptiva a la organización |
| De aprendizaje | Permiten que la auditoría se transforme en un mecanismo de aprendizaje institucional para que la organización pueda asimilar sus experiencias y las capitalice para convertirlas en oportunidades de mejora. |
| De toma de decisiones | Traducen la puesta en práctica y los resultados de la auditoría en un sólido instrumento de soporte del proceso de gestión de la organización. |
| De interacción | Posibilitan el manejo inteligente de la auditoría en función de la estrategia para relacionar a la organización con los competidores reales y potenciales, así como con los proveedores y clientes. |
| De vinculación | Facilitan que la auditoría se constituya en un vínculo entre la organización y un contexto globalizado. |

Fuente: Benjamín Franklin “Auditoría Administrativa: Gestión estratégica del cambio”

Elaborado por: Autora

Para Mochón (2014) la administración consiste en coordinar y supervisar las actividades de las organizaciones para lograr que éstas alcancen su objetivo de forma eficaz y eficiente. Las funciones básicas de la administración (planear, organizar, dirigir y controlar.) se dirigen a alcanzar los propósitos establecidos por la organización. La labor de la administración deberá adaptarse a las características de cada organización, así como tener cuenta el entorno que influye en ella (p.45).

De acuerdo a Nuñez (2017) “La gestión financiera se encarga de la eficiente administración del capital de trabajo dentro de un equilibrio de los criterios de riesgo y rentabilidad; además de orientar la estrategia financiera para garantizar la disponibilidad de fuentes de financiación y proporcionar el debido registro de las operaciones como herramientas de control de la gestión de la empresa”.

El objeto de la Gestión Financiera y Administrativa es el manejo óptimo de los recursos humanos, financieros y físicos que hacen parte de las organizaciones. Por otra parte Cózar (2016) indica que una de las mejores formas para que el negocio se mantenga solvente y lucrativo es con una administración financiera sólida. Para dirigir las finanzas en forma efectiva, se debe desarrollar un presupuesto sólido y realista determinando la cantidad de dinero real que va a necesitar el negocio (costos iniciales) y la cantidad necesaria para mantenerlo abierto (costos de operación).

Alpízar (2017) define la gestión económico-financiera como: "El conjunto de diferentes acciones y procesos interrelacionados entre sí que persiguen el objetivo de asegurarle a la organización (Ministerio de Educación Superior de Cuba), de manera eficiente y efectiva, el soporte financiero y material necesario para su funcionamiento y desarrollo, controlando rigurosamente los recursos y empleándolos racionalmente" (p. 25).

1.1.7.1. Funciones y alcance de la auditoría operativa en gestión pública

Se pueden considerar tres tipos de auditoría: 1) auditoría de estados financieros, 2) auditoría de cumplimiento y 3) auditoría operacional (u operativa, o de gestión).

La auditoría de estados financieros cubre ordinariamente el balance general y los estados relacionados de resultados, ganancias retenidas y flujos de efectivo.

La auditoría de cumplimiento verifica el grado de cumplimiento de criterios o normas reconocidas como las leyes y regulaciones establecidas o las políticas y procedimientos de una organización (Ruíz, 2015).

El área de influencia que abarca la auditoría administrativa comprende la totalidad de una organización en lo correspondiente a su estructura, niveles, relaciones y formas de actuación. Esta connotación incluye aspectos tales como:

- ✓ Naturaleza jurídica.
- ✓ Criterios de funcionamiento.
- ✓ Estilo de administración.
- ✓ Enfoque estratégico.
- ✓ Sector de actividad.
- ✓ Giro industrial.

- ✓ Ámbito de operación.
- ✓ Tamaño de la empresa.
- ✓ Número de empleados.
- ✓ Relaciones de coordinación.
- ✓ Desarrollo tecnológico.
- ✓ Sistemas de comunicación e información.
- ✓ Nivel de desempeño.
- ✓ Trato a clientes (internos y externos).
- ✓ Entorno.
- ✓ Generación de bienes, servicios, capital y conocimiento.
- ✓ Sistemas de calidad.

1.1.7.2. Campo de aplicación de la auditoría administrativa

La auditoría administrativa puede instrumentarse en todo tipo de organizaciones, ya sean públicas, privadas o sociales. Por su extensión y complejidad, es necesario entender cómo están conformadas estas organizaciones para responder a las demandas de servicios y productos del medio ambiente y, sobre todo, de qué manera se articulan, lo cual obliga a precisar su fisonomía, área de influencia y dimensión (Franklin, 2015).

Son tres sectores que enmarcan la auditoría administrativa: sector público, sector privado y sector social; esta investigación aplica el ámbito social para evaluar aspectos tales como la promoción del derecho a la educación, la vivienda, el trabajo, la salud, el desarrollo económico, la protección social y el bienestar de los sectores más desprotegidos, en atención a: a) Tipo de organización y b) Naturaleza de su función.

Como criterio personal el objetivo de aplicar la auditoría administrativa en el sector social es supervisar el manejo transparente de los recursos, lo que permite destinarlos a lograr una auténtica promoción de la equidad, respeto a la diversidad y la inclusión social para combatir la discriminación y fomentar la integración de jóvenes, mujeres, adultos mayores, indígenas, niños y personas con discapacidad, así como impulsar la reconstrucción del tejido social protegiendo a las personas que se encuentren en situación de abandono, indigencia o alta vulnerabilidad, a través de una convivencia basada en los valores, el respeto y la tolerancia.

1.1.7.3. Metodología de la auditoría administrativa

La metodología de la auditoría administrativa tiene el propósito de servir como marco de actuación para que las acciones en sus diferentes fases de ejecución se conduzcan en forma programada y sistemática, se unifiquen criterios y se delimite la profundidad con que se revisarán y aplicarán los enfoques de análisis administrativo para garantizar el manejo oportuno y objetivo de los resultados. También cumple la función de facilitar al auditor la identificación y ordenamiento de la información correspondiente al registro de: hechos, hallazgos, evidencias, transacciones, situaciones, argumentos y observaciones para su posterior examen, informe y seguimiento. Para utilizarla de manera lógica y accesible se la ha dividido en etapas, en cada una de las cuales se brindan los criterios y lineamientos que deben observarse para que las iniciativas guarden correspondencia con los planes.

Tabla 3: Etapas de la metodología de la auditoría administrativa

| | |
|------------------------|--|
| Planeación | La planeación se refiere los lineamientos de carácter general que regulan la aplicación de la auditoría administrativa para garantizar que la cobertura de los factores prioritarios, fuentes de información, investigación preliminar, proyecto de auditoría y diagnóstico preliminar, sea suficiente, pertinente y relevante. |
| Instrumentación | En esta etapa es necesario seleccionar y aplicar las técnicas de recolección que se estimen más viables de acuerdo con las circunstancias propias de la auditoría, la selección de instrumentos de medición que se emplearán, el manejo de los papeles de trabajo y evidencia, así como la supervisión necesaria para mantener una coordinación eficaz. |
| Examen | Una vez que se haya puesto en marcha la instrumentación luego de haber seleccionado y aplicado las técnicas de recolección, determinados los instrumentos de medición, iniciada la elaboración de los papeles de trabajo y registradas las evidencias bajo una estricta supervisión, se debe llevar a cabo el examen, el cual consiste en dividir o separar los elementos componentes de los factores bajo revisión para conocer la naturaleza, características y origen de su comportamiento, sin perder de vista la relación, interdependencia e interacción de las partes entre sí y con el todo, y de éstas con su contexto. |

| | |
|--------------------|--|
| Informe | Al finalizar el examen de la organización, de acuerdo con el procedimiento correspondiente, y una vez que se han seleccionado los enfoques de análisis organizacional y cuantitativos y formulado el diagnóstico administrativo, es necesario preparar un informe, en el cual se consignen los resultados de la auditoría e identifique claramente el área, sistema, programa, proyecto, etc. auditado, el objeto de la revisión, la duración, alcance, recursos y métodos empleados. |
| Seguimiento | Después de seleccionar y presentar la alternativa de tipo de informe congruente con las prioridades definidas y habiendo de verificar los aspectos operativos y lineamientos generales para preparar la propuesta de implementación, es conveniente concentrarse en el seguimiento. En esta etapa las observaciones que se producen como resultado de la auditoría deben sujetarse a un estricto seguimiento, ya que no sólo se orientan a corregir las fallas detectadas, sino también a evitar su recurrencia. |

Fuente: Benjamín Franklin “Auditoría Administrativa: Gestión estratégica del cambio”

Elaborado por: Autora

Como criterio personal el marco metodológico representa el camino indicado para guiar las acciones de una auditoría administrativa y la alternativa de brindar a una organización los elementos de juicio idóneos para transformar las experiencias en conocimiento. También es una oportunidad para evaluar estratégicamente el desempeño de manera crítica y objetiva, fortalecer las capacidades distintivas y crear las condiciones para un crecimiento sostenido.

1.2. Antecedentes investigativos

La investigación realizada por Calapucha Jacqueline (2013) con el tema “Auditoría de gestión a los procesos administrativos de la Consultora AVSE con la finalidad de evaluar la consecución de los objetivos empresariales”, se encontraron ciertos inconvenientes que afectan el cumplimiento de los objetivos empresariales y su incidencia en el mercado.

Determinado como el marco metodológico, el cual se compone de: la modalidad de la investigación, tipos de investigación como son: la entrevista que se realizó al personal administrativo y la encuesta realizada también al personal administrativo y a los usuarios para determinar los problemas que afectan a la institución. Al ser la población extensa se procedió a

calcular el tamaño de la muestra, también se realiza la interpretación de resultados y se emiten las respectivas conclusiones y recomendaciones de las técnicas aplicadas.

Como conclusión, el personal menciona que no cumple con las instrucciones del manual de procedimiento, trayendo como consecuencia una ineficiencia en la entrega oportuna del servicio al cliente, la empresa tiene una falta de personal con experiencia en el área operativa, esto causa pérdida de tiempo y de recursos por lo que la empresa realiza evaluaciones constantes para poder escoger bien a su personal para que realicen los trabajos encomendados y tomar decisiones adecuadas. Según la encuesta la empresa AVSE Consultores no cuenta con coordinación en las distintas áreas de la empresa, causando que el negocio no cuente con un plan de marketing que le ayude a conocer las necesidades reales del mercado y los clientes potenciales.

Se recomienda, realizar una buena coordinación en el área de negocio para implementar un plan de marketing para que la empresa AVSE Consultores pueda diseñar una estrategia, para darse a conocer con sus clientes y ofrecer su servicio.

El trabajo investigativo de Balseca Maritza (2013) con el tema “Auditoría de gestión a la corporación de desarrollo social y financiero pakarymuy sucursal Latacunga período 1 de enero al 31 de diciembre del 2012” tuvo la finalidad de analizar cada una de las actividades dentro de la Corporación de Desarrollo Social y Financiero; es decir, permitió determinar el grado de cumplimiento de las metas, objetivos y nivel de eficiencia, eficacia, economía, equidad en la utilización de sus recursos disponibles. Permitiendo así elevar integralmente el control de los recursos: humanos, financieros y administrativos, para promover el avance hacia las metas, objetivos, misión y visión que son vitales en el desarrollo de la corporación.

Para llevar a cabo el cumplimiento de lo anteriormente mencionado se efectuaron diferentes tareas entre ellas las principales fueron: evaluación de la situación actual de la corporación mediante el análisis correspondiente de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, recopilación de información, análisis e interpretación, aplicación de diversos indicadores, utilización de papeles de trabajo los que han permitido un estudio profundo de la situación actual en que se encuentra la corporación.

La investigación determinó que la Corporación de Desarrollo Social y Financiero PAKARYMUY Sucursal Latacunga, no ha cumplido en su totalidad la consecución de metas y objetivos debido a la falta de comunicación, desconocimiento y la poca disponibilidad de tiempo dando lugar así a la desorganización y la planificación de sus actividades. Y como resultado, de la investigación concluimos dan a conocer las falencias encontradas, sus causas y efectos, conclusiones y recomendaciones, se podrán tomar decisiones apropiadas, convenientes y precisas por parte del directorio, dando paso así a oportunidades de mejora para un mejor impulso de la corporación.

El trabajo de Verónica Chávez y Jéssica Pilco (2011) con el tema “Auditoría de gestión al departamento de contabilidad del gobierno municipal de PENIPE correspondiente al periodo enero a diciembre del 2010 al fin de alcanzar la eficiencia operativa”, propone la realización de una Auditoría de Gestión al Departamento de Contabilidad del Gobierno Municipal de Penipe correspondiente al período enero a diciembre del 2010 a fin de alcanzar la eficiencia operativa; esta investigación analizó la eficiencia y eficacia de las operaciones desarrolladas en el Departamento de Contabilidad; así como el grado de cumplimiento de los: objetivos, políticas, metas, valores, misión y visión. Se utilizó metodología descriptiva con método deductivo y analítico. Las conclusiones y recomendaciones son emitidas con el objetivo de implementar acciones correctivas a las debilidades identificadas en el departamento de contabilidad.

La presente tesis titulada “Auditoría de Gestión al Sistema de Créditos de la Cooperativa de Ahorro y Crédito CREA Ltda. durante el periodo 2014, contiene aspectos generales de la institución, un breve marco teórico que permite esquematizar las fases del proceso de Auditoría, el proceso comprende básicamente la evaluación de la planificación preliminar, planificación específica, ejecución y la comunicación de resultados.

El estudio práctico está aplicado a la captación de necesidad de crédito, análisis del sujeto de crédito, aprobación, formalización y desembolso que en conjunto conforman el sistema de créditos de la Cooperativa, en donde se cumplió con la verificación de los procedimientos existentes, la revisión del cumplimiento de la normativa legal vigente y la evaluación de control interno. Se utilizó metodología basada en una investigación descriptiva con métodos deductivo y analítico.

Con la aplicación de los programas de auditoría se obtuvo la evidencia suficiente y competente y con su ejecución se determinaron los hallazgos, el trabajo final de los auditores se ve reflejado en el informe de auditoría gestión así como el establecimiento de conclusiones y recomendaciones emitidas con el propósito de que se implementen acciones correctivas de las falencias encontradas contribuyan al cumplimiento de objetivos y metas planteadas.

El Trabajo investigativo de Marín Ivan & Sáenz Kevin titulado “Auditoría administrativa de la compañía SCG Ecuador de la ciudad de Guayaquil (2015); el principal problema es que al ser una empresa nueva y con poco personal, la administración no ha realizado una segregación de funciones a través de un manual de procedimientos o funciones que permitan conocer las actividades de cada miembro del equipo.

Se ha procedido a realizar una Auditoría Administrativa a la compañía SCG Ecuador S. A con el fin de establecer los errores que causa un desempeño ineficiente en las actividades de su personal. En esta investigación se ha utilizado la información proporcionada por la empresa, para ello se utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos, con el fin de comprender la situación real y detectar los problemas que existen. Esta Auditoría Administrativa es de gran ayuda para la administración ya que a través de las recomendaciones del informe general se pueden considerar ciertas alternativas para garantizar el óptimo desarrollo de la empresa.

Se concluye que la empresa tiene un problema de supervisión del personal operativo en vista de que los horarios de trabajo no son unificados, lo que produce retrasos en la entrega de trabajos a los clientes, causando un malestar que crea una mala imagen de la compañía. Se determinó que es necesaria la elaboración de un Reglamento Interno de trabajo de acuerdo a lo determinado por la Ley Laboral, puesto que la administración no tiene esta herramienta como apoyo en el caso de vistos buenos o despidos de malos elementos.

Se recomienda a la Administración de la compañía Smart Consulting Group SCG Ecuador, implementar un Reglamento Interno de Trabajo debidamente legalizado por el Ministerio de Relaciones Laborales, con el objetivo de tener bases sobre las cuales se pueda brindar al personal un material por escrito que permita dar a conocer los derechos y prohibiciones de los trabajadores dentro de su horario laboral, así también, esto representa una ayuda para la alta dirección en el caso en que deseen prescindir de los servicios de algún mal elemento.

CAPÍTULO II

2. DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

Méndez (1999, p.143) define a las fuentes y técnicas para recolección de la información como los hechos o documentos a los que acude el investigador y que le permiten tener información. También señala que las técnicas son los medios empleados para recolectar información, Además manifiesta que existen: fuentes primarias y fuentes secundarias. Las fuentes primarias es la información oral o escrita que es recopilada directamente por el investigador a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento, mientras que las fuentes secundarias es la información escrita que ha sido recopilada y transcrita por personas que han recibido tal información a través de otras fuentes escritas o por un participante en un suceso o acontecimiento (Sabino, 2017).

2.1. Métodos o tipos de investigación aplicada

Kerlinger (1981) describe el método científico como: "La manera sistemática en que se aplica el pensamiento al investigar, y es de índole reflexiva" (Kerlinger, 1988)

Método deductivo: Porque el estudio partió de un análisis general para llegar a lo particular, donde se empieza analizando el clima laboral y sus definiciones, la empresa y concluir con la propuesta de acuerdo a los problemas encontrados.

Método analítico: Para Muñoz (2010) “el método analítico no es más que la descomposición, fragmentación de un cuerpo en sus principios constitutivos, es decir que va de lo compuesto a lo simple”.

Este método en la investigación fue necesario para la fase de revisión de los: estatutos, normas, reglamentos, en la interpretación de información y en el análisis de los datos tabulados.

2.2. Técnicas y procesamiento de la información

Arias (1999), menciona que “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener información”.) pág.53). Las técnicas de recolección de datos que fueron utilizadas en la presente investigación son la observación directa y la entrevista (Sabino, 2017).

Las técnicas empleadas para la investigación de campo serán: la observación, la encuesta y la entrevista.

Observación

Arias (2012) nos indica que la observación es una técnica que consiste en: “visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos”. (p. 69)

Esta técnica de investigación fue utilizada para observar el proceso de gestión administrativa y poder realizar el control interno.

Encuestas

Arias (2012) define a la encuesta como una técnica que pretende: “obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular”. (p.72)

La encuesta estuvo dirigida al personal de salud de la Unidad.

Entrevistas

Arias (2012) señala lo siguiente:

La entrevista, más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación “cara a cara”, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida. (p.73)

La entrevista fue realizada a la Directora del Sub-Centro de Salud.

Procesamiento de la información.

Los datos se recolectaran aplicando un cuestionario dedicado a obtener información a través de un sistema de preguntas, estructurados en formularios impresos que la informante responda.

Entrevista. Al Director de la Unidad.

2.3. Población

Según Arias (2006) define población o población objetivo a un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas conclusiones de la investigación. Esta queda determinada por el problema y por los objetivos del estudio (p. 81)

La población será el personal que labora en el sub-centro de salud San José siendo el mismo de 40 personas.

2.4. Muestra

Según Fisher citado por Pineda et al, el tamaño de la muestra debe definirse partiendo de dos criterios: 1) De los recursos disponibles y de los requerimientos que tenga el análisis de la investigación. Por tanto, una recomendación es tomar la muestra mayor posible, mientras más grande y representativa sea la muestra, menor será el error de la muestra (López, 2004).

Como el universo es pequeño se considerara toda la población que en este caso sería las 40 personas que laboran en la institución.

2.5. Análisis de resultados

Encuesta aplicada al personal que labora dentro del Sub- Centro San José

Pregunta 1. ¿Está de acuerdo que la gestión administrativa del Subcentro San José es la adecuada?

Tabla 4: Gestión Administrativa

| Gestión administrativa | F | % |
|------------------------|-----------|------------|
| Muy de acuerdo | 5 | 12,5 |
| De acuerdo | 13 | 32,5 |
| Indiferente | 9 | 22,5 |
| Desacuerdo | 8 | 20 |
| Muy en desacuerdo | 5 | 12,5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Cuadro # 1



Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

La Gestión administrativa es un recurso favorable que toda institución de salud debe contar para el buen funcionamiento de sus gestiones.

De acuerdo a los datos se observa que el 32,5% se encuentran de acuerdo que la gestión administrativa es adecuada, con el 22,5% les es indiferente, con el 20% se encuentran en desacuerdo; existen políticas en donde se cumplen de acuerdo al gobierno actual en donde se ha mejorado la gestión, pero aun así los pacientes no se sienten conformes.

Considerando la repuesta existen parámetros que no se encuentran conforme con la gestión administrativa en el sub centro de salud y un factor importante es contar con una gestión de procesos.

Pregunta 2. ¿El sub centro de salud cuenta con acondicionamiento físico adecuado para la atención de salud?

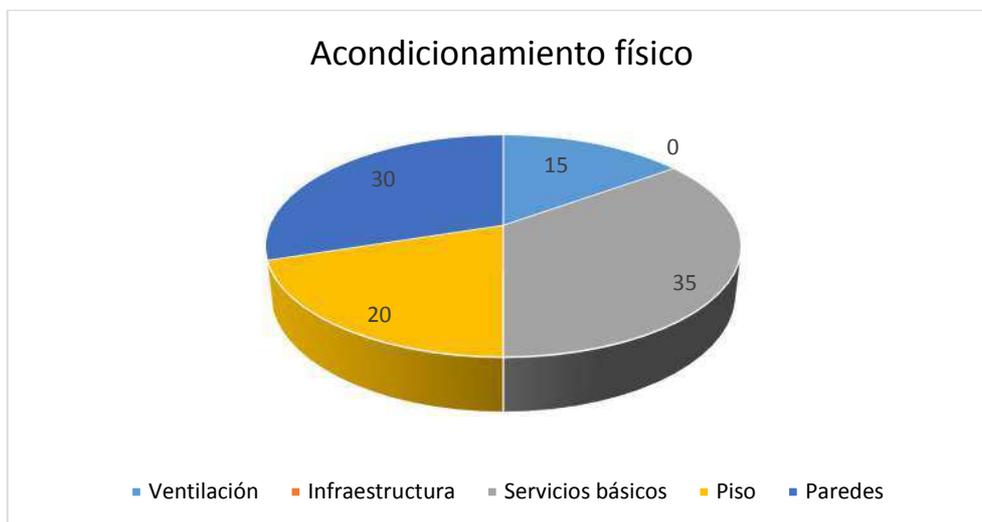
Tabla 5: Acondicionamiento físico adecuado

| Acondicionamiento Físico | F | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Ventilación | 6 | 15 |
| Infraestructura | 0 | 0 |
| Servicios básicos | 14 | 35 |
| Piso | 8 | 20 |
| Paredes | 12 | 30 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Cuadro # 2



Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

El espacio físico de una institución es el lugar donde se labora entre 8 a 10 horas, el mismo tiene que contar con todas las comodidades para realizar un buen trabajo en equipo.

La unidad operativa no cuenta con un buen acondicionamiento físico, debido a que después del terremoto se alquila un espacio para la atención del usuario, lo que sí cuenta es con servicios básicos en un 35%; paredes adecuadas 30%, , piso; lo que falta incorporar con el 15% es aire acondicionado.

Determinándose que existe un NO, es necesario gestionar acciones para que exista una buena calidad de atención con un espacio físico adecuado.

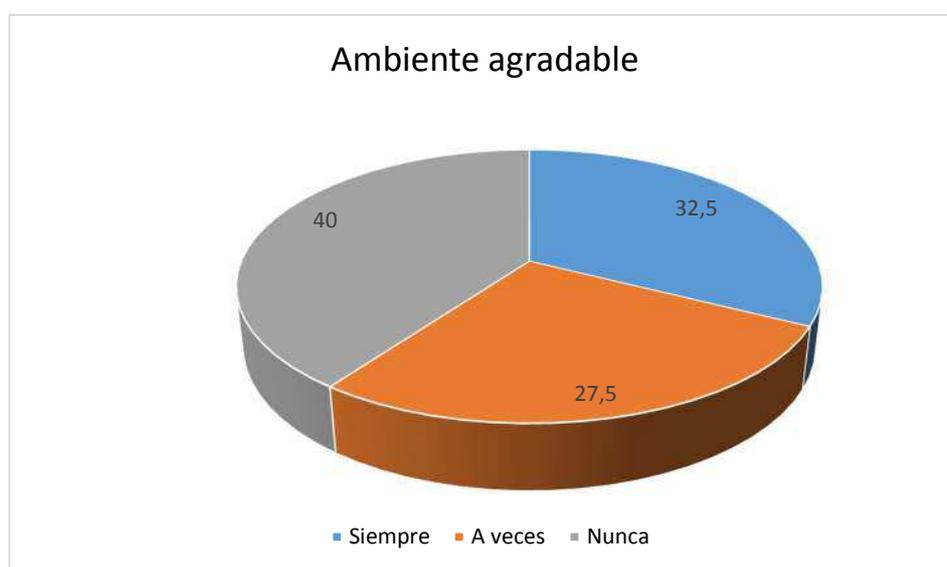
Pregunta 3 Existe un ambiente confortable para laborar con el equipo multidisciplinario?

Tabla 6: Ambiente agradable para laborar con el equipo multidisciplinario

| Ambiente agradable | F | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Siempre | 13 | 32,5 |
| A veces | 11 | 27,5 |
| Nunca | 16 | 40 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Cuadro # 3



Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

Un ambiente de trabajo tiene que ser agradable en donde todo el equipo multidisciplinario participe, se respete y se colabore los unos a los otros.

De acuerdo a los resultados con el 40% mencionan que nunca, debido a que cada uno cumple con sus funciones respectivas; con el 32,5% siempre porque es una unidad de salud donde no existe egoísmo o tratar de perjudicar a otro compañero y el 27,5% lo mencionan que a veces porque de pronto han recibido un llamado de atención.

Se considera que existe un buen ambiente entre compañeros siendo favorable para cumplir bien las funciones.

Pregunta 4: ¿La función de su puesto de trabajo está de acuerdo a su título profesional?

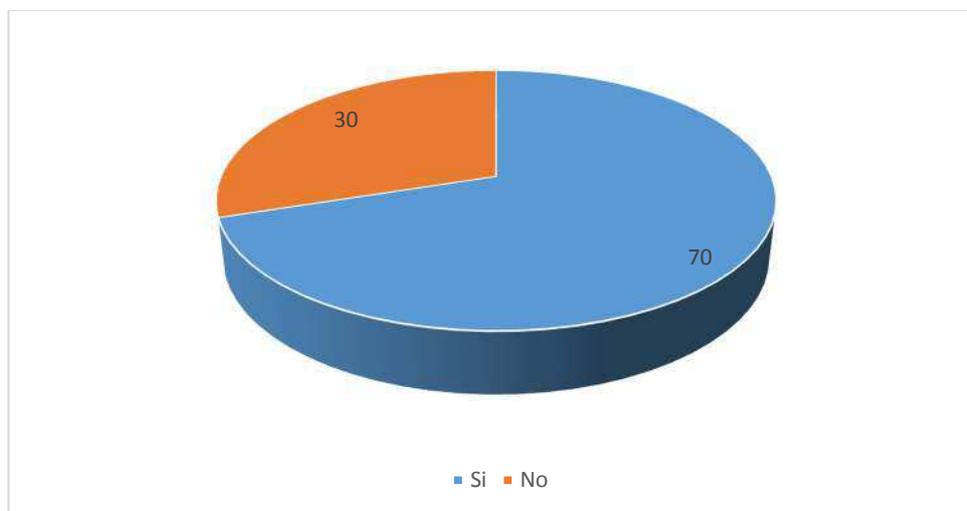
Tabla 7: Función que ejerce es acorde a su título profesional

| Función de trabajo | F | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Si | 28 | 70 |
| No | 12 | 30 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Cuadro # 4



Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

El ejercicio profesional de acuerdo a la carrera que se estudia en la universidad es importante al momento de elegir un trabajo, hoy en día no es tarea fácil conseguir un puesto de trabajo de acuerdo a su título.

De acuerdo a los resultados el 70% del personal si se encuentra laborando de acuerdo a su título y el 30% no.

Es favorable que en la institución de salud la mayoría del personal si se encuentre ejerciendo sus funciones de acuerdo a su título.

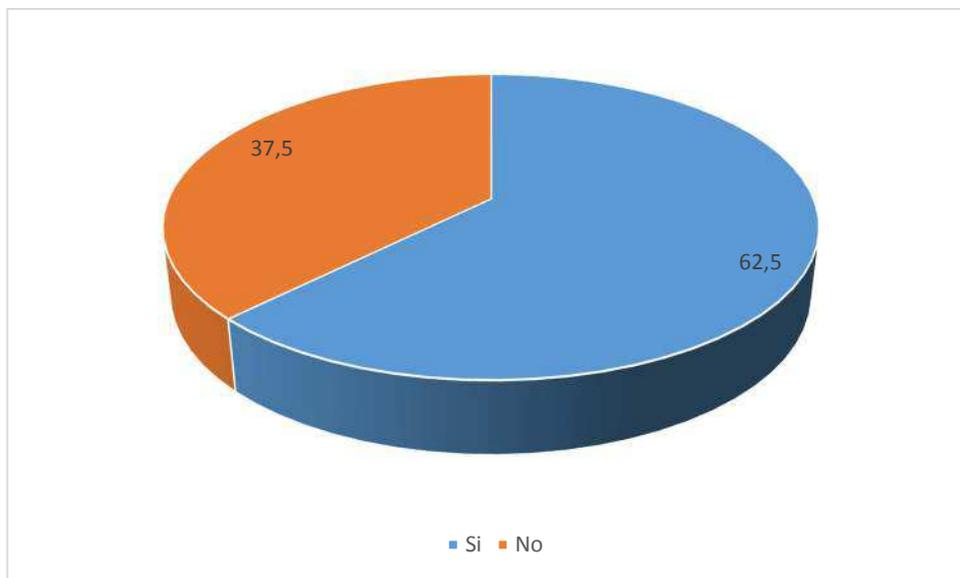
Pregunta 5: ¿La Unidad de salud cuenta con equipos en buen estado y sistema operativo para atención al usuario?

Tabla 8: Proceso operativo

| Proceso operativo | F | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Si | 25 | 62,5 |
| No | 15 | 37,5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Cuadro # 5



Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

El sistema de salud hoy en día ha mejorado gracias a la ayuda que el Gobierno ha enfatizado en los mismos, en la unidad de salud lo que no se cuenta es con equipo de tecnología actualizado.

El 62,5% mencionaron que si existe atención al usuario mediante citas de acuerdo al call center; el 37,5% mencionaron que aún falta equipar el subcentro con equipos médicos que colaboren en la atención de salud, es importante que se mejore la entrega de turnos.

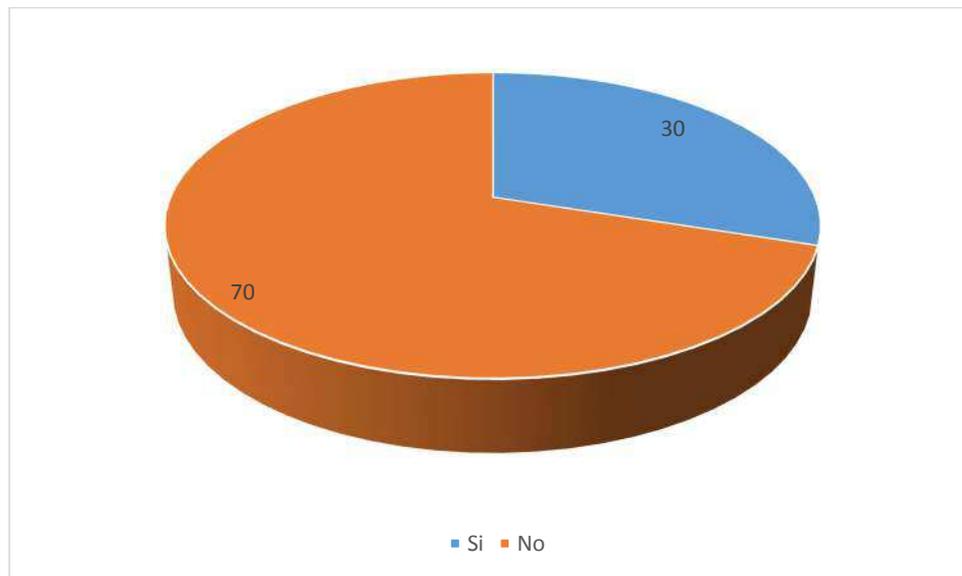
Pregunta 6 ¿Dentro del rendimiento laboral el personal toma decisiones para mejorar?

Tabla 9: Rendimiento laboral

| Rendimiento laboral | F | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| Si | 12 | 30 |
| No | 28 | 70 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Cuadro # 6



Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

La participación de los trabajadores dentro de la institución es una fortaleza que conlleva al compromiso organizacional.

De acuerdo a los datos el 70% no participa en la toma de decisiones mencionan que solo lo hace la jefa de salud o quienes delega la misma, el 30% si tiene poder de participación dentro de la unidad de salud.

Pregunta 7 ¿La administración se preocupa por los problemas o necesidades del personal que labora?

Tabla 10: Problemas o necesidades del personal que labora

| Necesidad del personal | F | % |
|------------------------|-----------|------------|
| Siempre | 6 | 15 |
| A veces | 23 | 57,5 |
| Nunca | 11 | 27,5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Cuadro # 7



Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

La preocupación de las necesidades del personal es un compromiso que tiene que tener la empresa al momento de contratar un trabajador, hoy en día se ha visto cambios positivos dentro de empresas que se enmarcan en un liderazgo humano y democrático.

Se observa de acuerdo a los resultados con el 57,5% que a veces existe preocupación; con el 27,5% no existe y apenas el 15% si se ha empleado de alguna manera programas de protección y ayuda psicológica.

Pregunta 8: ¿Cómo trabajador usted acepta observaciones y sugerencias que le hagan en su trabajo?

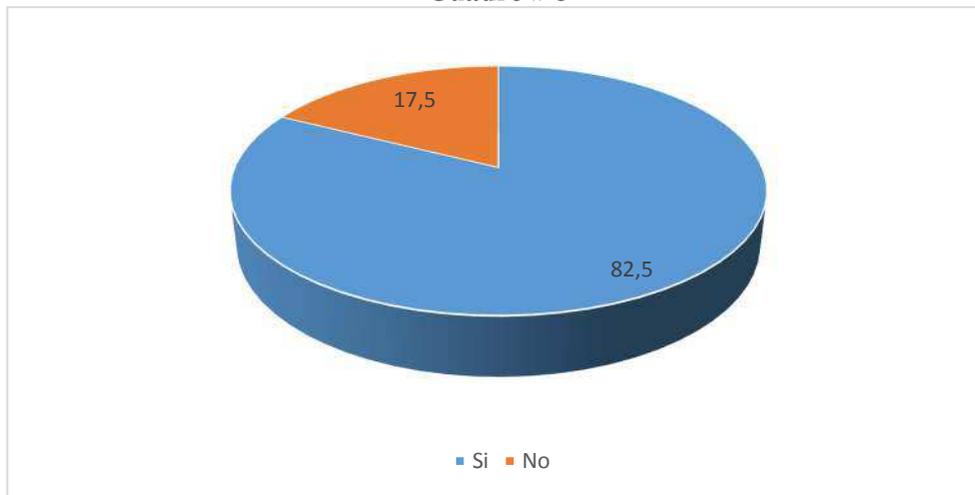
Tabla 11: Observaciones y sugerencias

| Observaciones | F | % |
|---------------|-----------|------------|
| Si | 33 | 82,5 |
| No | 7 | 17,5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Cuadro # 8



Fuente: Encuesta al personal de salud

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

Toda empresa tiene en claro lo que es tener un equipo de trabajo de excelencia y para lograrla estos resultados es importante que los jefes realicen las respectivas observaciones a sus empleados.

De acuerdo a las encuestas el 82,5% si aceptan que se realicen las observaciones o sugerencias de acuerdo a las quejas recibidas, es importante recalcar que como es una unidad de salud surgen problemas de diferente índole como es trato al usuario, o no se está de acuerdo con la atención recibida; el 17,5% respondió que no debido a que no ha sido necesario hasta el momento.

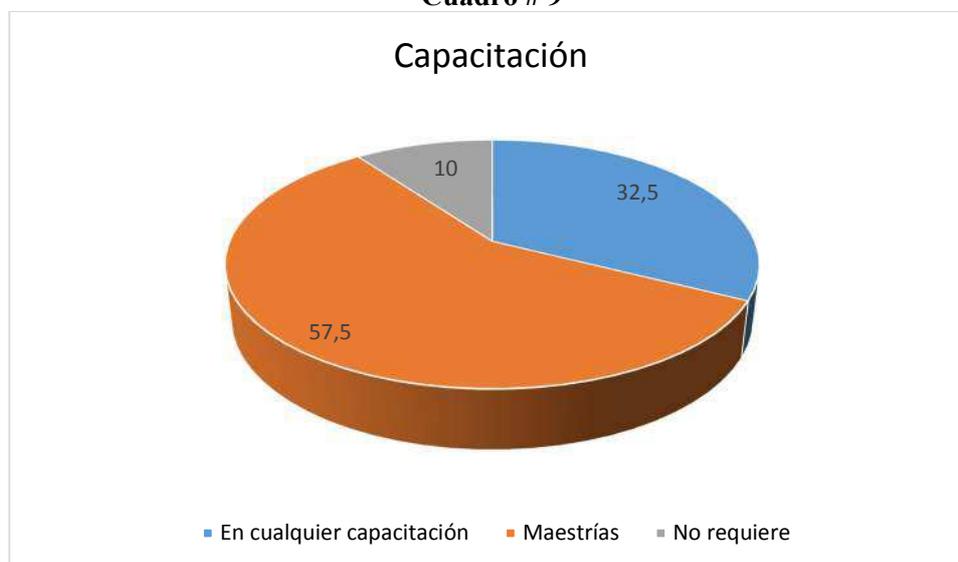
Pregunta 9: De acuerdo a su puesto de trabajo en qué le gustaría ser capacitado?

Tabla 12: Capacitación

| Capacitación | F | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| En cualquier capacitación | 13 | 32,5 |
| Maestrías | 23 | 57,5 |
| No requiere | 4 | 10 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Cuadro # 9



Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

La capacitación es una herramienta efectiva donde se mejora el desempeño del trabajador donde se ven los cambios positivos hacia la empresa cumpliendo con su misión y visión.

De acuerdo a la encuesta el 57,7% prefiere maestrías ya que lo consideran competitivo, aunque las mismas son financiadas por el mismo profesional, con el 32,5% en cualquier ámbito porque es beneficioso y el 10% no lo consideran importante.

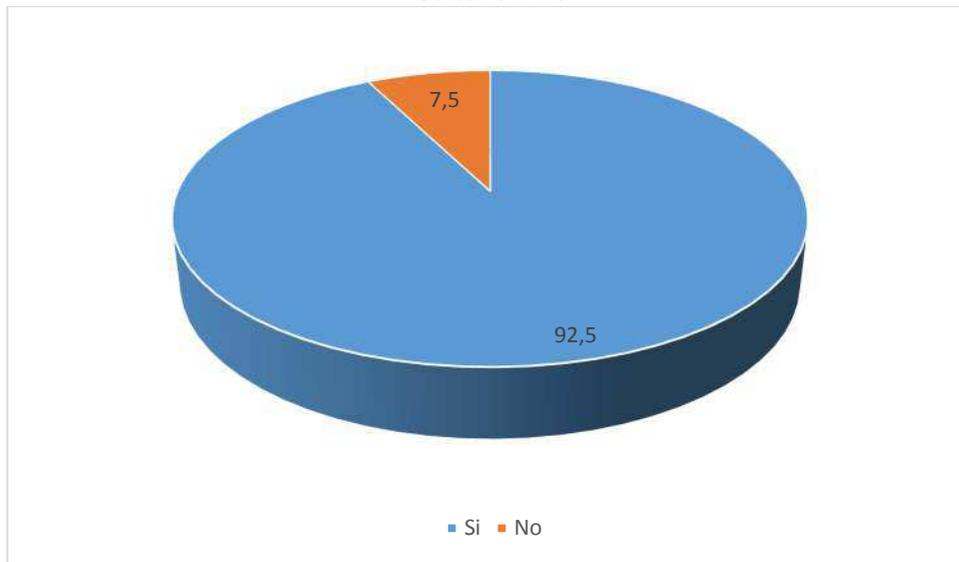
Pregunta 10: ¿Le gustaría que el Sub Centro aplique alguna estrategia de gestión administrativa para mejorar la productividad financiera?

Tabla 13: Incorporación de estrategias

| Estrategia de gestión | F | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Si | 37 | 92,5 |
| No | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100 |

Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Cuadro # 10



Fuente: Encuesta al personal de salud
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación de datos

El 92,5% si le gustaría que el subcentro aplique estrategias que mejore la gestión administrativa, al ser una entidad pública el cobro de consulta no se puede realizar, lo que sí se puede es mejorar en la gestión que colabore con la mejora de la institución; el 7,5% no está de acuerdo.

Control Interno mediante entrevista a la Directora del sub- centro San José

Tabla 14: Evaluación preliminar del Control Interno

| EVALUACIÓN PRELIMINAR ESTRUCTURA DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | |  Ministerio de Salud Pública | | | |
|---|--|---|----|--------------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| GESTIÓN INSTITUCIONAL | | | | | |
| 1 | ¿Las actividades y fines de la Unidad de Salud corresponden a: Prestación de servicios? Entrega de obras? Entrega de bienes? | X | | | |
| 2 | ¿La Unidad de Salud cuenta con una Planificación Estratégica? | X | | | |
| 3 | ¿Se encuentra definido dentro de la institución Metas Misión Visión Objetivos | X X X X | | | |
| 4 | ¿La Unidad de Salud mide sus resultados y evalúa su gestión en términos de eficiencia, eficacia con indicadores de gestión? | | | X | |
| 5 | ¿Para medir la satisfacción del usuario se lo realiza Estándares establecidos por el usuario Estándares recomendados por la Gestión de Salud | X | | | |
| 6 | Para la evaluación de la gestión en la Institución de Salud se prepara los siguientes documentos. Planes operativos Informe de actividades en cumplimiento de las metas Planes direccionales y estratégicos | X X | X | | |
| 7 | ¿La Unidad de Salud cuenta con departamento de comunicación social encargado de medir a corto o mediano plazo el entorno social de los servicios que presta? | | X | | |
| 8 | Existe un FODA dentro de la institución de Salud? | X | | | |
| | TOTAL | 10 | 2 | 1 | |

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | 76,92% |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 10 * 100 / 13$$

$$NC = 1000 / 13$$

$$NC = 76,92\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es ALTO porque corresponde al 76,92% lo que significa que hay un Nivel de Riesgo Bajo, se debe aplicar pruebas de cumplimiento.

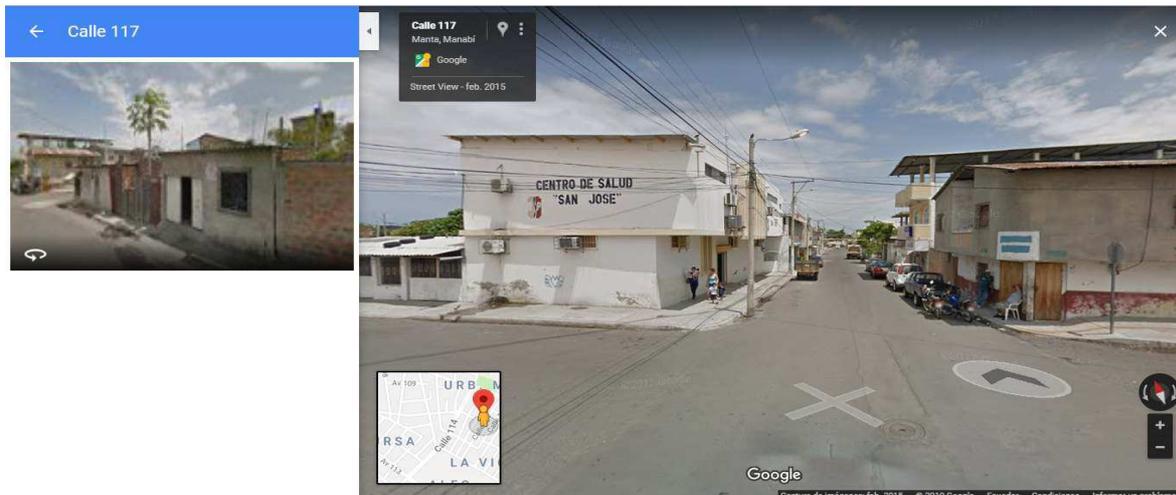
A continuación se detalla los datos de identificación del Sub-centro de Salud San José:

1. Datos de identificación y característica de la población

El Sub-centro de Salud San José es una unidad del Ministerio de Salud Pública, tiene una población de 34.736 habitantes ubicado en la Parroquia Tarqui, sus acciones están encaminadas a brindar atención de salud de tipo ambulatorio con programas de fomento, protección y recuperación de la salud.

Ubicación sectorial

Figura 2: Ubicación sectorial del Sub centro de Salud San José



Fuente: Google Maps

Elaborado por: Autora

La unidad de salud San José se encuentra ubicada en la calle 117 y avenida 119 a

Cultura: En nuestro medio se observa que nuestra población tiene creencias en la medicina natural como también en acudir al brujo, curandero, boticario, al sobador, etc., para luego asistir al médico en el tratamiento de sus dolencias. A pesar que la atención es ambulatoria de tipo preventivo, la comunidad no toma las medidas respectivas para prevenir sus enfermedades, sino que espera el último momento para acudir al profesional de la salud. Otra realidad es tener

patrones alimenticios no adecuados que provocan un desbalance en nuestra alimenticia recomendada, aunque se tiene al alcance uno de los mejores productos como el pescado, más consumen el pollo por estar a menor costo.

Característica demográfica

Grupos etareos de población del área de influencia del sub-centro de salud San José de acuerdo a datos del INEC

| | |
|---------------|-------|
| < 1 año | 868 |
| 12-23 meses | 764 |
| 1-4 años | 3104 |
| 2-4 años | 2340 |
| 5-9 años | 3761 |
| 5-14 años | 7532 |
| 10-14 años | 3666 |
| 15-19 años | 35352 |
| 20 años y más | 19690 |
| Embarazadas | 1085 |
| MEF 10-49 | 10847 |
| MEF 15-49 | 9077 |
| DOC | 4486 |

Perfil epidemiológico de morbi-mortalidad de la población del área de influencia del sub-centro de salud San José. Año 2018

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ENERO A DICIEMBRE DEL 2018

Tabla 15: Principales causas de morbilidad

| PATOLOGIAS | POBLACION TOTAL PARROQUIA MANTA | NUMERO DE CASOS | TASA * 1000 GRUPOS DE EDAD | PORCENTAJE GRUPOS DE EDAD |
|-----------------------|--|--------------------|----------------------------------|------------------------------|
| IRA | | 2513 | 72.4 | 7.2 |
| PARASITOSIS | | 1671 | 48.1 | 4.8 |
| ENF-DERMATOLOGICAS | | 720 | 20.7 | 2.1 |
| EDA | | 632 | 18.2 | 1.8 |
| DESNUTRICION | | 361 | 10.4 | 1.0 |
| PALUDISMO | | 289 | 8.3 | 0.8 |
| ANEMIA | | 168 | 4.8 | 0.5 |
| AMENORREA SECUNDARIA | | 162 | 4.7 | 0.5 |
| SALMONELOSIS | | 156 | 4.5 | 0.4 |
| ENFERMEDADES VENEREAS | | 126 | 3.6 | 0.4 |
| | 34.736 | | | |

FUENTE: Datos del Dpto. de estadística del Sub-centro de Salud San José.

ELABORADO POR: Autora

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD ENERO A DICIEMBRE DEL 2018

Tabla 16: Principales causas de mortalidad

| PATOLOGIAS | POBLACION TOTAL PARROQUIA MANTA | NUMERO DE CASOS | TASA * 1000 GRUPOS DE EDAD | PORCENTAJE GRUPOS DE EDAD |
|-----------------------------|--|--------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ACCIDENTE DE TRANSITO | 34.736 | 46 | 1.32 | 0.13 |
| DIABETES MELLITUS | | 17 | 0.49 | 0.05 |
| ENFERMED. CARDIACAS | | 16 | 0.46 | 0.05 |
| NEOPLASIAS | | 9 | 0.26 | 0.03 |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | | 8 | 0.23 | 0.02 |
| ACCIDEN. CEREBRO VASCULARES | | 7 | 0.20 | 0.02 |
| ENFERMEDADES RENALES | | 6 | 0.17 | 0.02 |
| SUICIDIO | | 5 | 0.14 | 0.01 |
| VIIH | | 4 | 0.12 | 0.01 |
| HOMICIDIO | | 3 | 0.09 | 0.01 |

FUENTE: Datos del Dpto. de estadística del Sub-centro de Salud San José.

ELABORADO POR: Autora

2. INVENTARIO DE TALENTOS HUMANOS

Tabla 17: Inventario de Talento Humano

| TALENTOS HUMANOS | | PERIODICIDAD | No. Hrs. Laborables |
|---------------------------------------|---|--------------|---------------------|
| Director | 1 | Diario | 8 hrs. |
| Licenciada en Enfermería | 2 | Diario | 6 hrs. |
| Auxiliar de Enfermería | 2 | Diario | 8 hrs. |
| Médico Neumólogo | 1 | Diario | 4 hrs. |
| Médicos Pediatras | 2 | Diario | 4 hrs. |
| Médico Dermatológico | 1 | Diario | 4 hrs. |
| Médicos Gineco-Obstetras | 3 | Diario | 4 hrs. |
| Médico General | 6 | Diario | 4 hrs. |
| Médico General | 2 | Diario | 8 hrs. |
| Odontólogos | 3 | Diario | 4 hrs. |
| Auxiliar de odontología | 1 | Diario | 8 hrs. |
| Nutricionista | 1 | Diario | 4 hrs. |
| Visitadora Social | 2 | Diario | 4 hrs. |
| Dpto. de Estadística y Administración | 2 | Diario | 8 hrs. |
| Farmacia | 2 | Diario | 8 hrs. |
| Internas de Enfermería | 4 | Diario | 8 hrs. |
| Guardia | 2 | Diario | 12 hrs. |
| Inspectores | 3 | Diario | 8 hrs. |

FUENTE: Dpto. de recursos humanos del Sub-centro de Salud San José

Cabe indicar que los recursos humanos con que cuenta la Unidad de Salud arriba señalados están agremiados, los profesionales al Colegio Médico, los obstetrices, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y otros a sus respectivos colegios pertenecientes a la Ley de Servicio Civil y Carrera administrativa, que en los actuales momentos están considerados en la Ley de la escala 14.

Los inspectores sanitarios, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y otros gozan del derecho y amparo a la Ley del Trabajador, pero están agrupados a los sindicatos de salud nacional y provincial, cuyo impacto en el desarrollo organizacional hacen sus reclamos para conseguir sus plataformas de lucha, caso contrario siempre y cuando hay paralizaciones porque el gobierno no cumple las actas contractuales en beneficio de ellos.

Programas que se desarrollan en el sub-centro de salud San José

En la Unidad de salud se desarrollan durante todo el año y en horarios establecidos los siguientes programas:

- Programa de inmunización: menor de 5 años, mujeres edad fértil y embarazadas.
- Programa de planificación familiar
- Programa de salud escolar
- Programa de visita domiciliaria
- Programa de micro nutrientes
- Programa de control de T.B.
- Programa de club de mujeres
- Programa de crecimiento y desarrollo del niño
- Programa A.I.E.P.I. (Atención Integral enfermedades prevalentes de la infancia)
- Programa D.O.C. (Detección oportuna del cáncer)
- Programa de vacunación canina
- Programa de malaria
- Programa de educación a los usuarios
- Programa de la educación al personal de enfermería del C.S.M.
- Programa de Saneamiento Ambiental
- Programa de seguimiento epidemiológico
- Programa de Educación Sanitaria
- Programa de Investigación de enfermedades prevalentes

Tabla 18: FODA

| FORTALEZA | DEBILIDADES |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo del gobierno ✓ Estructura orgánica definida ✓ Apoyo de la Directora de la Unidad ✓ Predisposición del personal para capacitarse ✓ Horarios de atención accesibles a la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Carencia de sistemas de información y programas que faciliten el trabajo en la consulta externa. ✓ No se utiliza procesos como herramienta de trabajo. ✓ Tiempo de espera en la consulta prolongado ✓ Falta de optimización de recursos humanos y físicos. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo y asesoría en programas de atención de salud. ✓ Demanda progresiva de servicios ambulatorios ✓ Ubicación geográfica estratégica. ✓ Participación en la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usuarios reclaman por mala calidad de atención. ✓ No existe medicamentos suficientes para la población atendida ✓ Cambios continuos de gerentes y directores. ✓ No se considera las sugerencias en el buzón por parte de los usuarios. |

Elaborado por: Autora

Evaluación del Control Interno

Tabla 19: Control Interno: Integridad y Valores Éticos

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | | Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|--|------------------------------------|----|-----------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS | | | | | |
| 1 | ¿La Unidad de Salud posee un código de ética? | X | | | |
| 2 | ¿Cuándo existe inconformidad el personal de salud presenta denuncia sin temor a represarías? | X | | | |
| 3 | ¿Existe presión laboral por cumplir objetivos de desempeño? | | X | | |
| 4 | ¿Participa la dirección en operaciones de alto riesgo o es prudente al momento de aceptar riesgos? | | X | | |
| 5 | ¿La Directora de la Unidad incentiva a su personal en el cumplimiento de normas? | X | | | |
| 6 | ¿La Dirección cuida de la imagen institucional? | X | | | |
| | TOTAL | 4 | 2 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 66,67% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 4 * 100 / 6$$

$$NC = 400 / 6$$

$$NC = 66,67\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es MEDIO corresponde al 66,67% determinando un Nivel de Riesgo MEDIO, debiéndose determinar correcciones de acuerdo al riesgo bajo.

Tabla 20: Evaluación del Control Interno: Estructura Organizativa

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | | Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|--|------------------------------------|----------|-----------|-------------|
| Nº | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| ESTRUCTURA ORGANIZATIVA | | | | | |
| 1 | ¿Existen manuales de procesos? | | X | | |
| 2 | ¿Existe estructura orgánica funcional? | X | | | |
| 3 | ¿Se identifican con claridad los niveles de autoridad y responsabilidad? | X | | | |
| 4 | ¿Existe comunicación interna y externa? | X | | | |
| 5 | ¿Existe normas y procedimientos relacionados con el control y descripción de puestos de trabajo? | X | | | |
| 6 | ¿El número de personal está de acuerdo para la atención de la población del área de influencia? | | X | | |
| 7 | ¿Existe un sistema de gestión del recurso humano? | | X | | |
| 8 | ¿Se ha conformado Comité de Talento Humano para la evaluación del desempeño? | | X | | |
| 9 | ¿Se revisan periódicamente en forma interna y externa los informes financieros y de gestión? | X | | | |
| | TOTAL | 5 | 4 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 55,5% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 5 * 100 / 9$$

$$NC = 500 / 9$$

$$NC = 55,5\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es MEDIO corresponde al 55,55% determinando un Nivel de Riesgo MEDIO, debiéndose determinar las respectivas correcciones en lo referente a la estructura organizacional.

Tabla 21: Evaluación del Control Interno: Establecimiento de Objetivos

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | | Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|--|------------------------------------|----|-----------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS | | | | | |
| 1 | ¿La Unidad de Salud cuenta con un plan estratégico difundido interna y externamente? | X | | | |
| 2 | ¿La Unidad de Salud cuenta con misión, visión y objetivos y la manera de cumplirlos? | X | | | |
| 3 | ¿La Directora de la Unidad ha fijado los objetivos y los ha cumplido? | X | | | |
| 4 | ¿Se evaluó trimestralmente el POA y el presupuesto de la Unidad de Salud a fin de tomar las acciones correctivas? | | X | | |
| 5 | ¿Se identifica factores críticos de éxito, indicadores de gestión por cada departamento? | | X | | |
| 6 | ¿Existe calidad de la información sobre eventos externos relacionados con los objetivos estratégicos y de operación? | | X | | |
| 7 | ¿La Unidad de Salud cuenta la Dirección para emitir informes y cumplir con cabalidad los objetivos propuestos? | X | | | |
| | TOTAL | 4 | 3 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 57,14% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 4 * 100 / 7$$

$$NC = 400 / 7$$

$$NC = 57,14\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es MEDIO corresponde al 57,14% determinando un Nivel de Riesgo MEDIO, debiéndose atender las necesidades en cuanto a los objetivos trazados.

Tabla 22: Evaluación del Control Interno: Identificación de Eventos

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | |  Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|--|---|----|-----------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS | | | | | |
| 1 | ¿Existen mecanismos para identificar eventos de riesgos tanto internos como externos? | | X | | |
| 2 | ¿Participan los funcionarios y demás personal en la determinación de factores de riesgo? | | X | | |
| 3 | ¿Existe confiabilidad de la metodología utilizada para identificar eventos que puedan afectar el logro de los objetivos? | X | | | |
| 4 | ¿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 | | |
| 5 | ¿La información interna y externa ayuda a conocer hechos que pueden generar cambios significativos en la empresa? | X | | | |
| 6 | ¿Se comunica a los diferentes niveles de la Unidad de Salud, las decisiones adoptadas? | X | | | |
| 7 | ¿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 | | |
| 8 | ¿Las actividades de control, incluyen los controles preventivos, detectives, manuales, informáticos y de dirección? | X | | | |
| | TOTAL | 4 | 4 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 57,14% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

NC= CT*100/PT

NC= 4*100/8

NC= 400/8

NC=50%

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es BAJO corresponde al 50% determinando un Nivel de Riesgo ALTO, enfocándose la identificación de eventos.

Tabla 23: Evaluación del Control Interno: Medición de Riesgo

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | | Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|---|------------------------------------|----------|-----------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| MEDICIÓN DE RIESGO | | | | | |
| 1 | ¿Existe un Plan Operativo? | X | | | |
| 2 | ¿Consta un inventario de riesgo en el área de consulta externa? | | X | | |
| 3 | ¿Existe personal disponible si se llega a presentar eventos de riesgo? | X | | | |
| 4 | ¿Se ha dado solución a los problemas de los usuarios emitidos en el buzón de sugerencias? | | X | | |
| | TOTAL | 2 | 2 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 50% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 2 * 100 / 4$$

$$NC = 200 / 4$$

$$NC = 50\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es BAJO corresponde al 50% determinando un Nivel de Riesgo ALTO, es necesario de acuerdo al resultado que debe tomarse correctivos necesarios.

Tabla 24: Evaluación del Control Interno: Actividades de Control

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | |  Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|---|---|----|-----------|------------------------------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| ACTIVIDADES DE CONTROL | | | | | |
| 1 | ¿Se lleva documentación con su respectivo control de entrada y salida? | X | | | |
| 2 | ¿Existe normas y procedimientos para la buena atención al cliente? | X | | | |
| 3 | ¿El usuario considera que se aplica normas y procedimientos en su atención? | | X | | Existen siempre quejas de usuarios |
| 4 | ¿Existe un formato específico para registro diario de usuarios? | X | | | |
| 5 | ¿Se cumple con llenar el registro diario de usuarios atendidos? | X | | | |
| 6 | ¿Controlan la entrega de turnos a los usuarios para su atención? | X | | | |
| 7 | ¿Se preocupan de indicar al usuario que médico le realizara la consulta y en que consultorio? | X | | | |
| | TOTAL | 6 | 1 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 6 * 100 / 7$$

$$NC = 600 / 7$$

$$NC = 85,71\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es ALTO porque corresponde al 71,43% lo que significa que hay un Nivel de Riesgo BAJO, se debe aplicar pruebas de cumplimiento.

Tabla 25: Evaluación del Control Interno: Información y Comunicación

| EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | |  Ministerio de Salud Pública | | | |
|--|--|---|----|-----------|-------------|
| N° | PREGUNTAS | REPUESTAS | | | COMENTARIOS |
| | | SI | NO | No existe | |
| AMBIENTE INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN | | | | | |
| 1 | ¿El Plan Operativo (POA) es socializado entre todo el personal? | X | | | |
| 2 | ¿Las Normas Internas y reglamentos de la Unidad de Salud son revisados periódicamente? | X | | | |
| 3 | ¿Existen centros de comunicación? | | X | | |
| 4 | ¿Se informa de manera oportuna los cambios sobre la Unidad de Salud? | X | | | |
| 5 | ¿Son considerados los informes de información? | X | | | |
| 6 | ¿Se monitorea al número de pacientes que se atienden en el área de consulta externa? | | X | | |
| 7 | ¿Es supervisado el POA de forma periódica? | | X | | |
| | TOTAL | 4 | 3 | | |

Fuente: Entrevista a Directora de la Unidad

Elaborado por: Autora

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

| Calificación porcentual | Nivel de Confianza | Nivel de Riesgo | Resultado |
|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------|
| 15-50 | Bajo | Alta | 57,14% |
| 51-75 | Medio | Medio | |
| 76-95 | Alto | Bajo | |

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 4 * 100 / 7$$

$$NC = 400 / 7$$

$$NC = 57,14\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es MEDIO corresponde al 57,14% determinando un Nivel de Riesgo MEDIO, es necesario que exista mayor comunicación de cada evento presentado en la Unidad de Salud.

Resultados de la encuesta

- Se realizó encuesta al personal de salud que labora en el sub-centro de salud San José donde se concluye que la Gestión administrativa es un recurso favorable que toda institución de salud debe contar para el buen funcionamiento de sus gestiones.
- Existen políticas en donde se cumplen de acuerdo al gobierno actual en donde se ha mejorado la gestión, pero aun así los pacientes no se sienten conformes, se tiene que mejorar la calidad de atención.
- En lo referente al espacio físico la unidad operativa no cuenta con acondicionamiento adecuado para su atención, no se cuenta con equipos actualizados, donde es necesario gestionar acciones para que exista una buena calidad con un espacio físico adecuado.
- El rendimiento laboral tiene compromiso organizacional, cumple con normas y procedimientos las personas que ya tienen estabilidad laboral; es evaluado; las exigencias que si no se cumple con la meta establecida el Ministerio de Salud sanciona a quien no cumple con su trabajo; por tal razón los indicadores son favorables.
- Si se trabaja en armonía con todo el equipo multidisciplinario, donde se realizan las labores de acuerdo a cada departamento.
- Falta capacitación al personal administrativo, como tienen tiempo trabajando los mismos no se actualizan en sistema operativo y en el manejo de programas que colabore con la productividad en sus labores

Resultados de la entrevista del control interno

- 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.
- Existe un FODA lo cual es necesario reformarlo.
- Poseen los medicamentos e insumos médicos necesarios para brindar el servicio
- Existe ausencia de mantenimiento de equipos.

- Existe un POA pero no se ejecuta
- En la actualidad no se ha ejecutado 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 una reestructuración de 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 la Unidad de Salud San José.
- 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 la propuesta.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA PROPUESTA

3.1. Título de la propuesta

Modelo de Gestión por procesos como herramienta de mejora administrativo financiero para el sub-centro de Salud San José de Manta. Parroquia Tarqui

3.2. Justificación

Los servicios de salud comunitarios desempeñan un papel indispensable en la conservación de la salud, por tal razón esta propuesta, está dirigida hacia la eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos en la atención de salud hacia la comunidad. Todo cambio implica esfuerzos, sostenibilidad, coordinación, aplicación de políticas saludables y estrategias que conducen a lograr los objetivos y metas propuestas.

El Sub centro de Salud San José adoptando una visión esencial en el fortalecimiento de las acciones de salud pero enfrenta dificultades en disponer de mecanismos y recursos que garanticen que todos los usuarios que necesitan de atención con calidad en el servicio, lo reciban. Bajo este escenario se requirió un modelo de gestión por procesos en el mejoramiento de la gestión administrativa y financiera que asegure el bienestar de los funcionarios y usuarios.

La calidad del servicio se fundamenta en ofrecer una atención de acuerdo a los requerimientos del usuario caracterizado por una calidad técnico-científica, en la que el prestador de los servicios cuente con conocimientos y destrezas que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados-oportunos, de acuerdo a las necesidades del usuario y en el que la interacción proveedor-usuario se base en el respeto, la cordialidad mutua.

La realización de esta propuesta es de importancia, ya que el mejoramiento de la atención mediante una gestión por procesos implica constancia de propósito, consistencia y adecuación de las necesidades del cliente en todos sus aspectos, en donde se enfoque el proceso basándose en estrategias en la identificación, entrenamiento y consolidación del talento humano de la Unidad de Salud, el mismo que debe adaptarse a la realidad que presenta el servicio de acuerdo a los problemas, situaciones, objetivos y recursos.

3.3. Fundamentación

Según los resultados obtenidos de la aplicación de encuestas y entrevistas, se determinó que el Sub-centro de Salud San José existen parámetros que no se encuentran conforme con la gestión administrativa en el sub centro de salud y un factor dentro de la estructura organizativa, es que no existe una gestión por procesos, no se maneja por procesos y gestión de calidad. Es necesario la actualización de documentos, satisfacción al usuario, la falta de una auditoría para la gestión administrativa financiera; no se cuenta con espacio físico adecuado, aún falta equipar el subcentro con equipos médicos que colaboren en la atención de salud.

Para conseguir una eficacia y eficiencia a la hora de prestar un servicio es necesario proponer procesos antes de realizar cualquier cambio de acuerdo a los requisitos acordados con el cliente, y lo más relevante es atender al cliente y prestarle el servicio con amabilidad, respeto y especialmente buen trato. Un servicio que quiera lograr la satisfacción al cliente debe estar fundamentado en una Gestión por procesos, ya que, a través de él se asegura el desarrollo de una serie de diferentes procesos que al fin y al cabo contribuirán en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes.

3.4. Objetivo General de la propuesta

Proponer un modelo de gestión por procesos administrativo financiero, para mejorar la calidad del servicio en el sub centro de salud San José.

3.5. Objetivos específicos de la propuesta

1. Analizar la gestión administrativa y financiera del sub-centro de salud San José.
2. Identificar las actividades más importantes mediante procesos facilitando el hallazgo de posibles errores, así como, las oportunidades del desarrollo del proceso.
3. Establecer un canal de comunicación entre los involucrados en la aplicación de la propuesta.

3.6. Factibilidad

Se utilizó el análisis PEST para constatar la factibilidad de la propuesta:

Social: Porque se incluye al personal que labora en el Sub-Centro de Salud San José, siendo factible porque se labora en un ambiente en el cual funciona la organización, donde se ejecutan diferentes programas dirigido a poblaciones: madres, niños, trabajadores, edad avanzada, incapacitados; además de programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, y programas para la prevención, protección, control de enfermedades y educación para la salud.

Económica: La propuesta se basa en realizar gestión por procesos con el fin de colaborar con los recursos disponibles para el personal que labora dentro de la institución.

Tecnológica: se utilizan métodos y herramientas que colaboran un adecuado control.

Impacto político institucional y capacitación y aprendizaje: Datos que orientan hacia el logro de resultados por medio de un proceso continuo y sistemático, que consiste en prever futuros cambios aprovechando las oportunidades que surgen examinando los puntos fuertes y débiles de la organización estableciendo y corrigiendo a largo, corto, mediano plazo basado en lo que se desea crecer y desarrollarse con una evolución positiva hacia el futuro.

3.7. Descripción de la propuesta

La propuesta consiste en el desarrollo de un modelo de gestión por procesos que colabore en el mejoramiento administrativo-financiero del Sub-centro de Salud San José, la idea principal es crear un puente entre las aplicaciones existentes actualmente y la aplicación de procesos, siendo su finalidad aumentar el nivel de eficiencia en cada una de las actividades que son desarrolladas, así como satisfacer las expectativas tanto del cliente interno como externo.

Las empresas que buscan la calidad como estrategia competitiva han visto cómo avanzan mano a mano al mejoramiento de la calidad, el incremento de la productividad, la reducción de los costos y la mayor satisfacción del cliente. La mejor forma de asegurar la satisfacción del cliente externo es satisfacer al interno en cada paso del proceso.

3.8. Descripción de los Beneficiarios

Directos

Directivos de la Salud.

Cliente Interno.

Comunidad.

Indirectos

Investigadora.

3.9. Beneficios del proyecto

La propuesta beneficia al trabajo en equipo y a la participación social que son componentes esenciales para el mejoramiento de la calidad, dos son las razones que explican este hecho: El producto resultante del trabajo participativo que está enriquecido con los aportes de cada uno de los actores sociales lo que torna el análisis de los problemas y las soluciones propuestas son más viables y factibles.

La segunda razón es que el hecho que la población y el equipo de salud participen, reduce la resistencia y favorece el consenso, los acuerdos, los compromisos y la corresponsabilidad para lograr los cambios institucionales.

En conclusión, la participación estratégica enfocada al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios se convierte en una herramienta clave para lograr organizaciones efectivas aplicando algunos puntos del apoyo bibliográfico estos son:

- Visión clara, orientada hacia el futuro.
- Estrategia, con metas y objetivos claros.
- Liderazgo integrado en la gestión.
- Estructura plana con menos normas y procedimiento.
- Orientada hacia el rendimiento y resultados.

3.10. Gestión por procesos

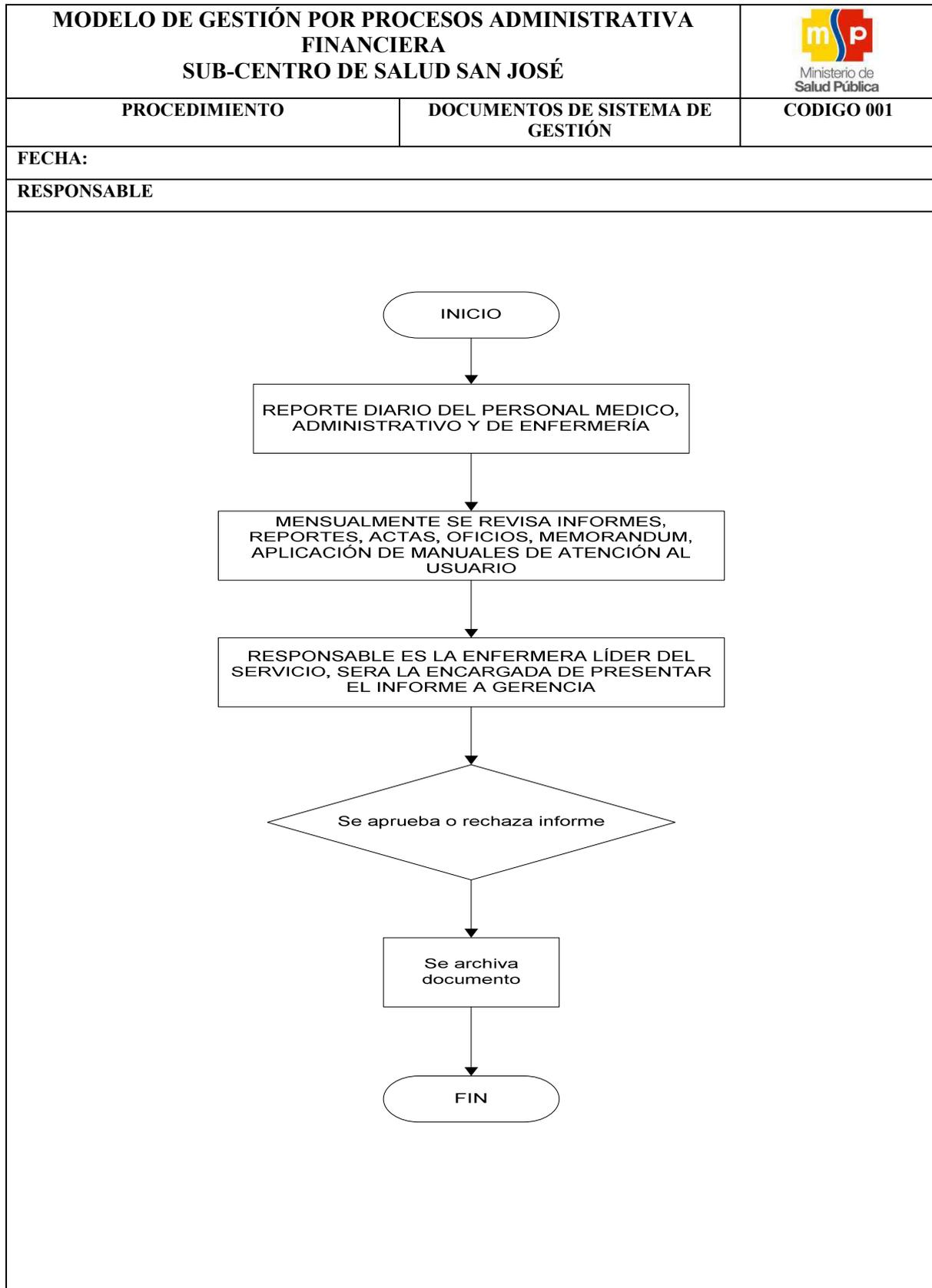
La gestión por procesos permite que, independientemente de la actividad o sector de la organización, así como de su tamaño, puedan centrarse en la mejora continua y en la satisfacción de los clientes. Y esto da lugar, a un producto o servicio de calidad adaptado a las necesidades del mercado.

Por tanto, queda constatada la importancia que la identificación y definición que un proceso pueda ayudar a una organización. Y esto ocurre en todos los niveles y para cualquier tipo de proceso, ya sea grande o pequeño, simple o complejo.

Para comprender la diferencia, antiguamente los procesos como tal no se evaluaban o analizaban. Es decir, las empresas destinaban sus esfuerzos a vender sus productos o servicios bajo determinadas normas básicas de calidad, sin mentalidad enfocada a la mejora del producto o servicio.

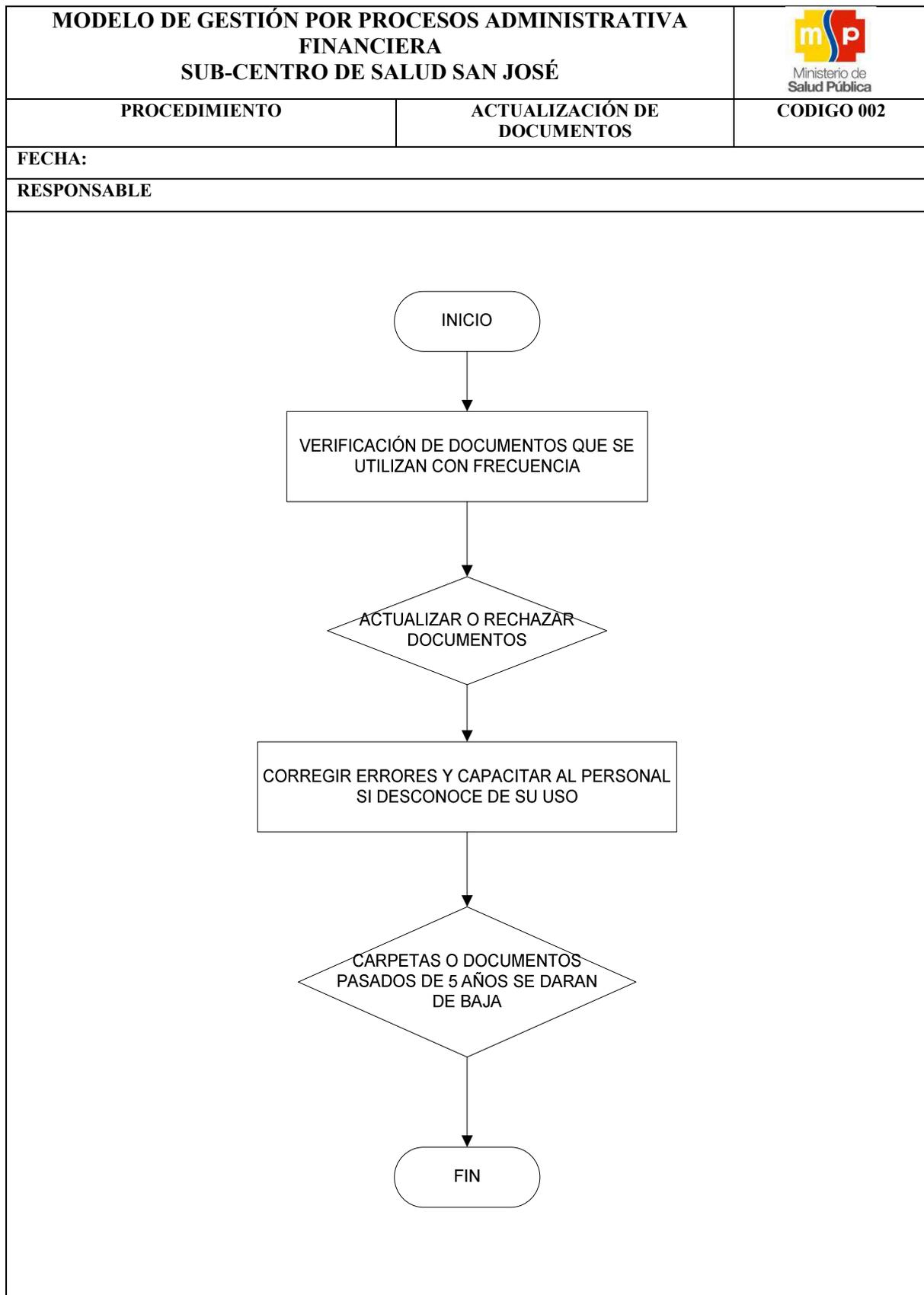
En la actualidad, hay que incluir la gestión por procesos como metodología de trabajo, ya que el mercado es exigente, y no permite entrar a aquellos que no cumplan determinados criterios o requisitos.

Tabla 26: Proceso de Gestión de calidad



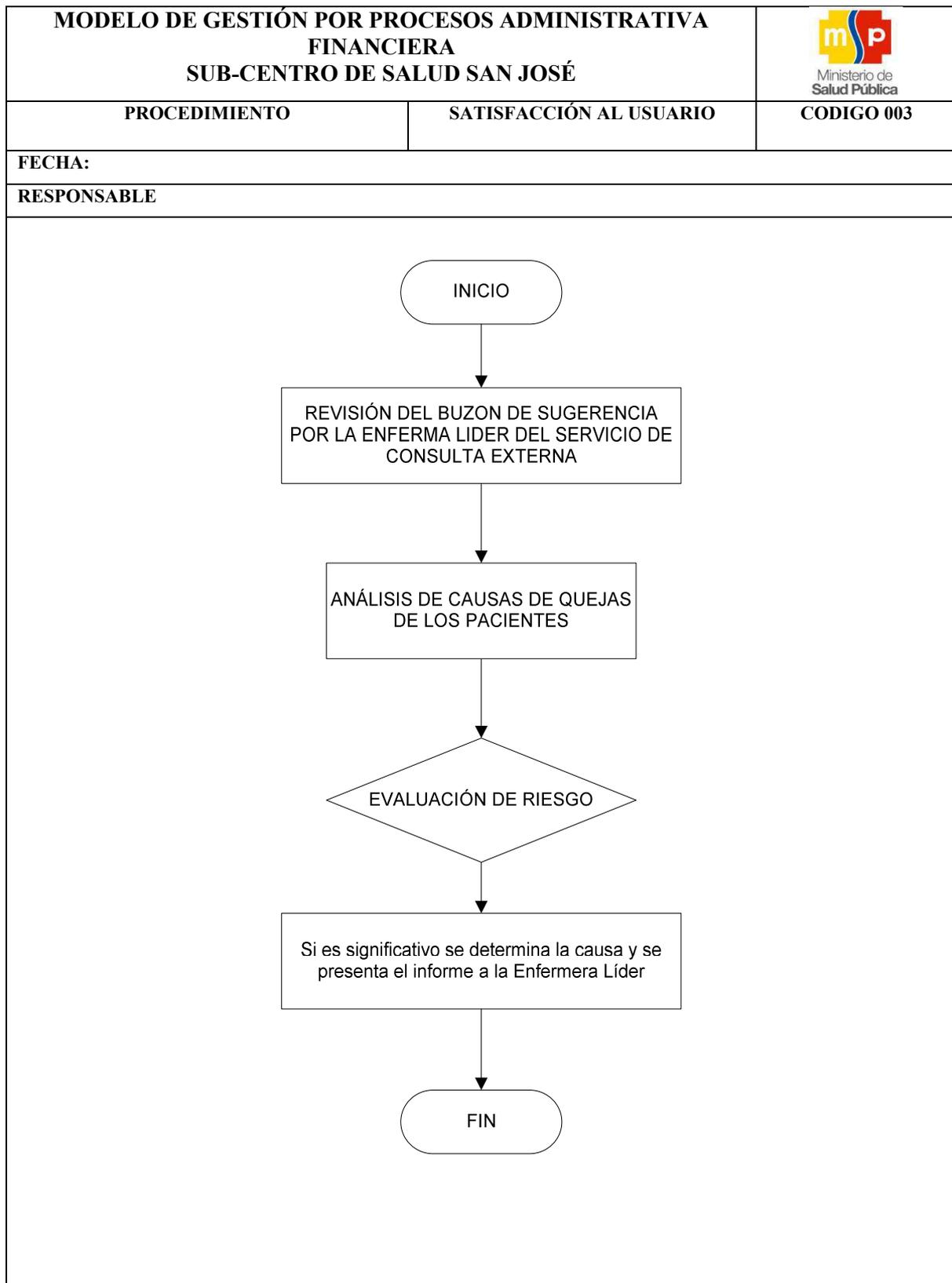
Elaborado por: Autora

Tabla 27: Actualización de documentos



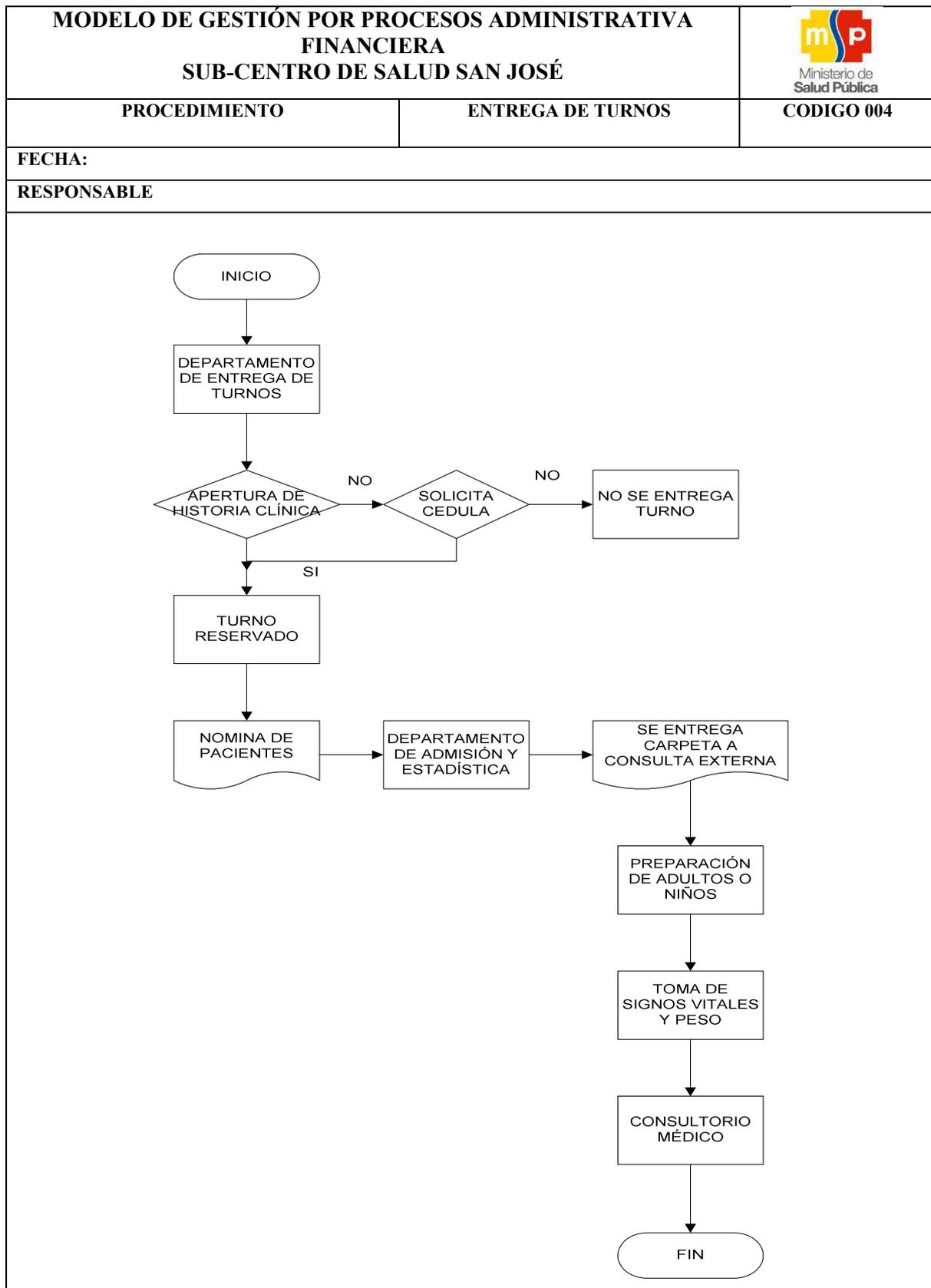
Elaborado por: Autora

Tabla 28: Satisfacción al usuario



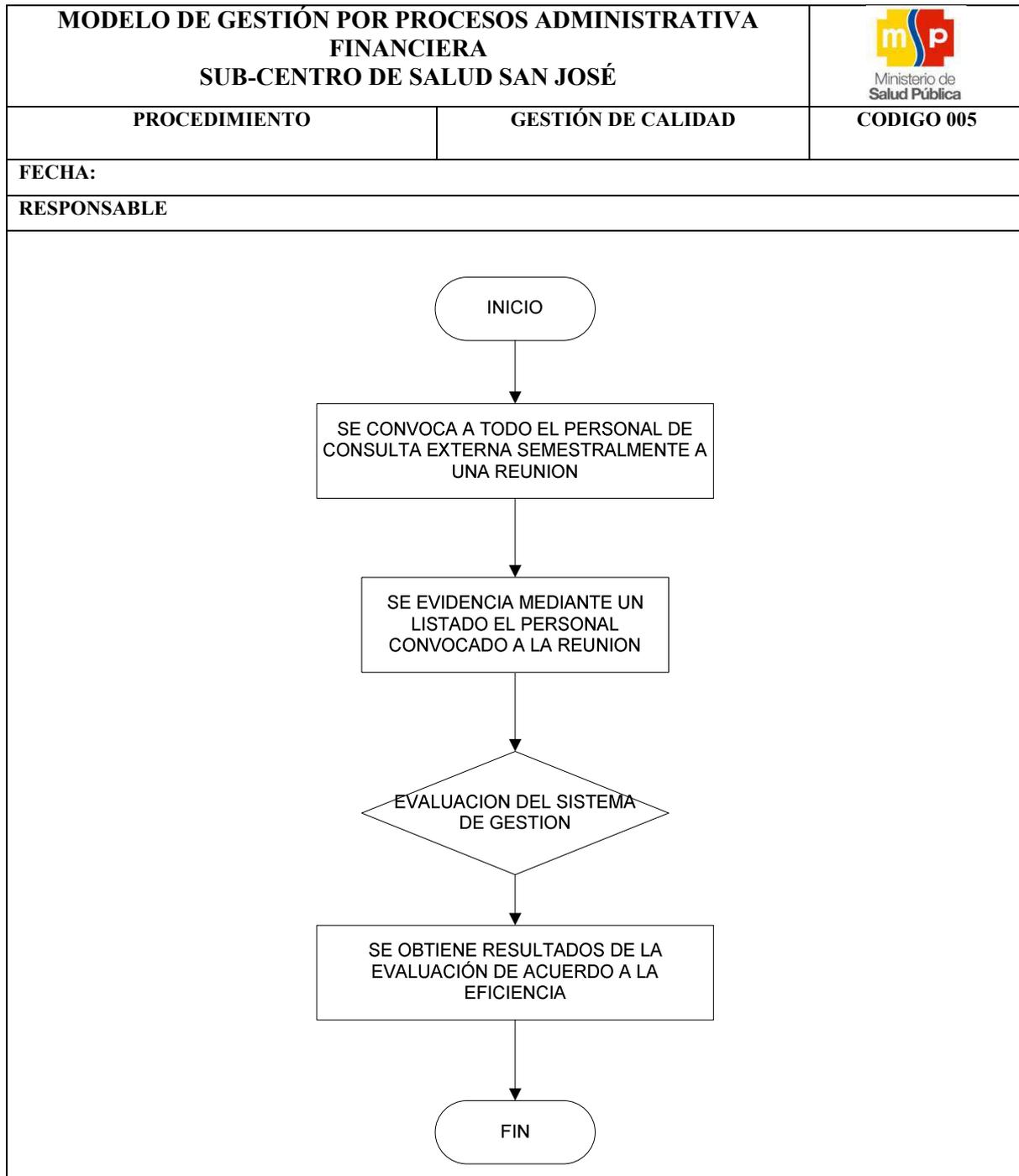
Elaborado por: Autora

Tabla 29: Entrega de turnos



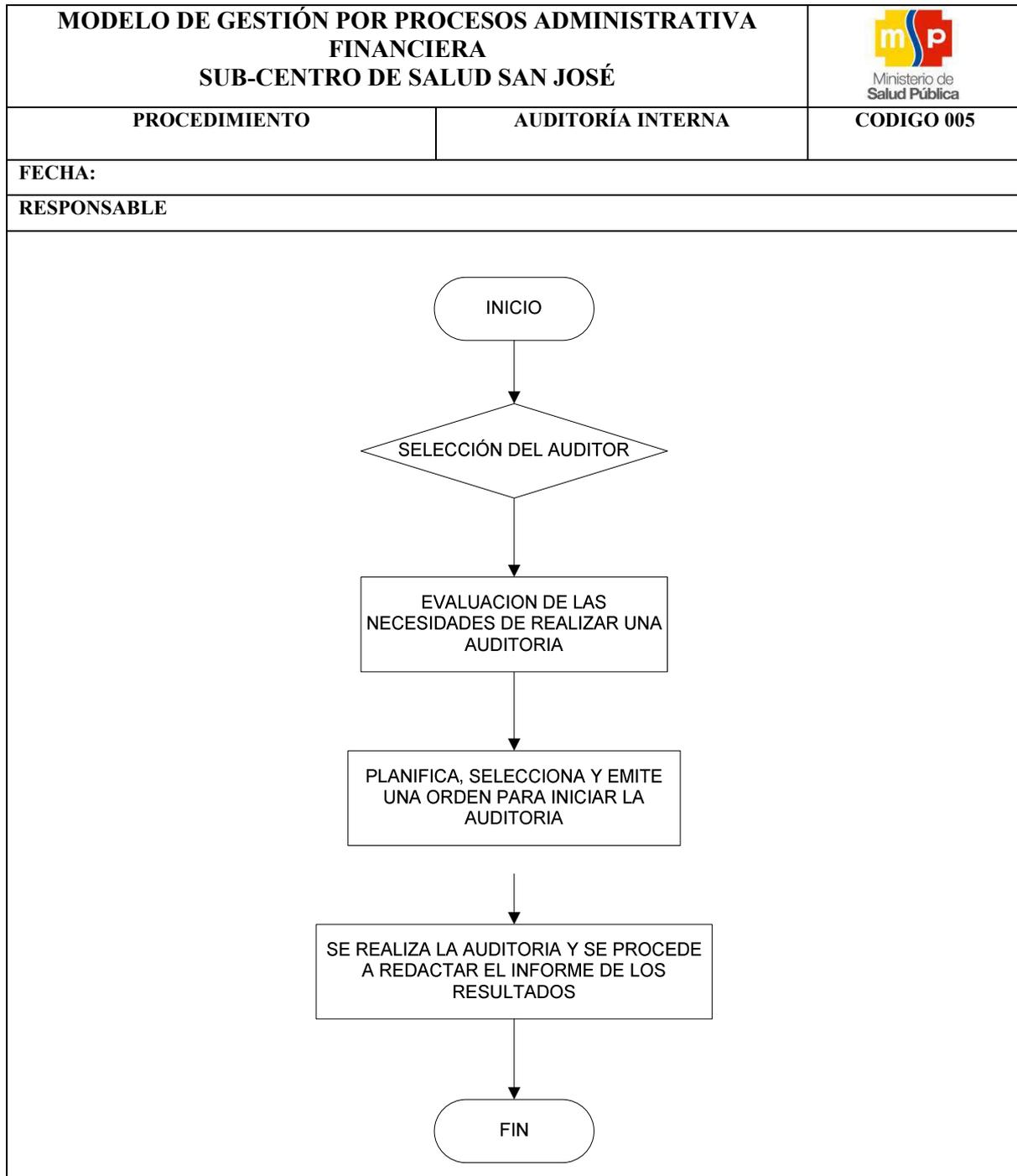
Elaborado por: Autora

Tabla 30: Gestión del Calidad



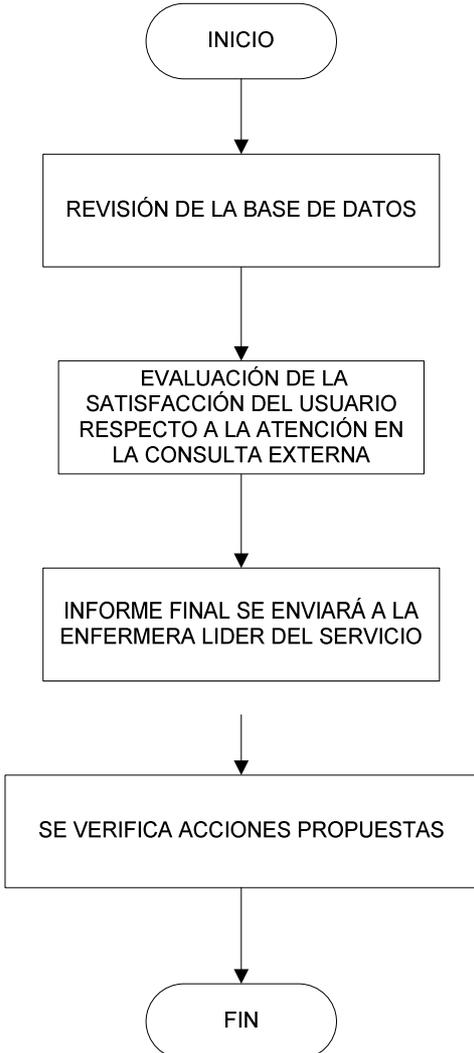
Elaborado por: Autora

Tabla 31: Auditoría Interna referente a la Gestión de Calidad



Elaborado por: Autora

Tabla 32: Acciones correctivas

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS ADMINISTRATIVA FINANCIERA SUB-CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ | |  Ministerio de Salud Pública |
| PROCEDIMIENTO | ACCIONES CORRECTIVAS | CODIGO 006 |
| FECHA: | | |
| RESPONSABLE | | |
|  <pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> REVISIÓN[REVISIÓN DE LA BASE DE DATOS] REVISIÓN --> EVALUACIÓN[EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA] EVALUACIÓN --> INFORME[INFORME FINAL SE ENVIARÁ A LA ENFERMERA LIDER DEL SERVICIO] INFORME --> VERIFICA[SE VERIFICA ACCIONES PROPUESTAS] VERIFICA --> FIN([FIN]) </pre> | | |

Elaborado por: Autora

Mejora en la Unidad de Salud

Es importante que la Directora de la Unidad se responsabilice por los procesos que generan mejora en sub Centro San José, con el fin de obtener eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, donde se debe considerar:

- ✓ Las políticas de calidad,
- ✓ Los resultados expulsados de las auditorías,
- ✓ El seguimiento de productos y satisfacción de los clientes,
- ✓ El análisis de datos

Sirviéndose de estos para determinar y aplicar acciones preventivas y correctivas, buscando mejorar continuamente, con la finalidad de cumplir los objetivos.

Mejora:

1. Plantear que se implemente un manual de deberes y derechos de los profesionales y trabajadores.
2. Solicitar personal médico para mejorar la atención de salud a los pacientes del Servicio de Consulta Externa.
3. Motivar al personal con reconocimientos de desempeño.
4. Mejorar las condiciones de la infraestructura del servicio.
5. Realizar mediante radio charlas educativas sobre prevención de enfermedades de acuerdo a la época con el fin de disminuir la morbi-mortalidad de casos.
6. Buscar alternativas con vinculación externa para suplir con las necesidades de escasez de medicamentos.
7. Crear un buzón de sugerencias y aportes para los trabajadores que permita a las autoridades del servicio obtener opiniones de los pacientes.
8. Colocar murales llamativos e informativos para para transmitir mensajes a los pacientes.

9. Desarrollar reuniones periódicas con el equipo de Salud, para incidir sobre la calidad y calidez de la atención.
10. Realizar encuestas de satisfacción de usuarios periódicamente y divulgar los resultados al personal del servicio.
11. Facilitar a los trabajadores el manual de cargos y funciones existente en recursos humanos con el propósito que conozcan a profundidad las funciones de su cargo.

Acción correctiva

Es necesario que las personas responsables de llevar a cabo las acciones correctivas definan los requisitos para: Revisar las no conformidades y determinar las causas.

- ✓ Adoptar acciones preventivas para eliminar las no conformidades
- ✓ Registrar las acciones ejecutadas
- ✓ Revisar la factibilidad de las acciones tomadas para verificar si se eliminó la no conformidad.

El Sub-centro de Salud San José, prevé como acciones correctivas a implementarse para mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad son:

1. Capacitación del personal involucrado en el desarrollo de las actividades.
2. Organizar las responsabilidades y funciones en un manual el cual ayudara al mejor desempeño profesional.
3. Motivar al personal para que fomente la buena atención a los usuarios internos y externos de la institución.
4. Si la no conformidad es por la actitud del personal se aplicara lo que establece la ley y el reglamento interno.
5. Elaborar planes de contingencia para prevenir las fallas en los procesos.
6. Aplicar adecuadas estrategias de comunicación en el sistema de Gestión.
7. Aceptar las recomendaciones efectuadas en las auditorías.
8. Evaluar en forma permanente el control interno

CONCLUSIONES

- ✓ Se sistematizó los fundamentos teóricos y metodológicos que sirven de sustento científico para determinar la gestión por procesos y recalcar la importancia de atención al usuario con calidad y calidez, y si cumple con las metas de lo que el servicio ofrece, con información veraz y oportuna donde se encuentran los problemas que como usuarios día a día perciben, por tal razón se realizó, el control interno, dando como resultados: la misión y visión de la entidad se encuentran definidas, no existen manuales de funciones establecidas, se necesitó reformar el FODA, es necesario realizar cursos de capacitación.
- ✓ Se determinó la insatisfacción de las necesidades sentidas por los usuarios o a las deficiencias en la realización de los objetivos de la institución por falta de recursos, motivación, y equipos para la respectiva atención.
- ✓ No se cuenta con una capacidad de respuesta ante la demanda del paciente, existen quejas hacia los médicos por no ser atendidos correctamente y el usuario no se siente satisfecho con la cantidad de personal, 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 haga esfuerzos extraordinarios para cumplir con los estándares establecidos en los indicadores de rendimiento, provocando que no todos los usuarios puedan atenderse.
- ✓ Los departamentos: médicos y administrativos, presentan problemas internos por falta de comunicación y coordinación.
- ✓ 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.

RECOMENDACIONES

1. La atención al usuario es lo que permite que el Sub-centro de Salud San José crezca y por ende los centros de salud, consigan sus objetivos y metas trazadas, por lo que se recomienda prestar más atención al personal que va a tener contacto directo con los afiliados, pues sólo así la institución no perderá credibilidad y confianza; se deben realizar entrenamientos continuos al personal de enfermería para la ejecución de un trabajo eficiente en el área; se recomienda la evaluación del control interno con la efectividad de medir los procesos realizados.
2. Que se realice mantenimiento oportuno a aquellos equipos que lo requieran y si el caso amerita dar de baja a aquellos que no funcionan.
3. Que se haga un estudio del número de personal que realmente se necesita en dicho departamento, para mejorar el servicio y luego de ello solicitar a Recursos Humanos que se incorpore a la entidad nuevo personal de salud que cooperen con la solución de este inconveniente.
4. La comunicación de resultados entre los departamentos debe ser una de las necesidades primarias dentro del sub-centro de Salud San José, para que exista el cumplimiento de los planes y objetivos trazados, por lo que es importante recomendar, que existan reuniones entre los miembros con la finalidad de verificar la consecución de las metas trazadas y los impedimentos hacia su normal desenvolvimiento.
5. 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, físicos, ayuda social, en otras áreas, y de la misma manera evaluar con talleres prácticos post cursos los conocimientos adquiridos, esto conllevaría a crecer a las personas que conforman el Sub-centro de Salud San José y a dar un mejor servicio a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cajilima Quinde, J., & Guamán Chimbo, P. (2014). *Auditoría de Gestión a la Dirección de Control Municipal de la Ilustre Municipalidad de Cuenca*. Cuenca-Ecuador: Tesis de la Universidad de Cuenca para obtener el título de Ingeniero Comercial .
2. Alpizar, M. (2017). *El modelo de gestión económico financiera del Ministerio de Educación Superior y sus universidades"*, en *Colectivo de autores, Reflexiones y experiencias sobre la gestión en la universidad*. Cadiz: UCA.
3. Balseca, M., & Caisaguano, N. (2010). *Auditoría de Gestión a la Corporación de Desarrollo Social Financiero PAKARYMUY sucursal Latacunga, período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2008*. Latacunga: Tesis para optar el grado de ingeniería en Contabilidad y Auditoría de la Universidad Técnica de Cotopaxi.
4. Calle, C. (2015). *Auditoría de Gestión como herramienta de mejoramiento continuo en la empresa municipal de agua potable, alcantarillado y saneamiento ambiental del Cantón Azoguez*. Cuenca: Tesis para optar el grado de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría de la Universidad Politécnica Salesiana .
5. Chávez, V., & Pilco, J. (2011). : *Auditoría de gestión a la corporación de desarrollo social y financiero PAKARYMUY sucursal Latacunga periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2008*. . Riobamba: Tesis previa a la obtención de título de Ingeniera en Contabilidad y Aitoria de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
6. Cózar, P. (2016). *El conocimiento, clave en el control del riesgo financiero. Estrategia financiera*. México: Grupo Guía.
7. Cuellar, G. (07 de 10 de 2017). Obtenido de http://members.tripod.com/~Guillermo_Cuellar_M/gestion.html
8. Cuñas Cartagena, K. V. (2013). *Auditoría de gestión aplicada a los departamentos de contabilidad, créditos y cobranzas de la cooperativa de ahorro y crédito San Vicente del Sur Ltda*. Quito: Tesis de la Universidad de Cotopaxi.
9. Escobar Rivera, D., Moreno Pino, M., & Cuevas Rodríguez, L. (2016). *La calidad de la auditoría en Sistemas de Gestión. Software AUDIT_INTEGRATED. Ciencias Holguín*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181545579007>
10. España, L. (2015). *Los Nuevos Conceptos del Control Interno*. Madrid: 2da. Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A., Pág.16.
11. Finkowsky, F. (2016). *Auditoría Administrativa: Evaluación y diagnostico empresarial*. México: Pearson Educación.
12. Franklin, E. (2015). *Auditoría Administrativa: Gestión estratégica del cambio*. México: Pearson Educación. III Edición.
13. Granadillo, O. (2015). *El control interno y los sistemas de información contable en empresas del secto repuestos caso: REFRE-DIESEL S.A*. Carabobo: Tesis para optar el grado de Magister en Ciencias Contables de la Universidad de Carabobo.
14. Gryna, F., Chua, R., & Defeo, J. (2015). *Método Juran. Análisis y planeación de la calidad*. México: McGraw Hill.

15. ISO, S. C. (2015). *Directrices para la auditoría de un sistema de gestión*. Ginebra- Suiza: ISO copyright office.
16. Lema, M. D. (2012). *DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA LA EMPRESA PUBLIFUNDAS CÍA. LTDA*. Quito: Tesis de Ingeniería Comercia de la Universidad Politecnica Salesiana Sede Quito.
17. López, C. O. (2014). *Sistemas de Control Contable*. Oxaca de Juárez.
18. Mochón, F. (2014). *enfoque por competencias con casos Latinoamericanos*. México: Editor S.A. de C.V.
19. Núñez, P. (2017). *Gestión Financiera, Portugal. Documento electrónico*. Obtenido de www.knoow.net/es/cieeconcom/gestion/gestionfinanciera.htm#plus.
20. Ruiz, J. (23 de 04 de 2014). *Arriaga y Asociados*. Obtenido de <http://asesoria.arriagaasociados.com/la-importancia-de-la-auditoría-de-gestion/>
21. Ruíz, M. (2015). La auditoría operativa de gestión pública y los organismos de control externo (OCEX). El caso español. *Scielo*, 13-23.
22. Sotelo Asef, J. (2018). La planeación de la auditoría en un sistema de gestión de calidad tomando como base la norma ISO 19011:2011. *Scielo*, Educ vol.8 no.16 Guadalajara.
23. Valencia, B., & Párraga, V. (2013). *Sistema ISO 9001:2008. Experiencia de implementación en una pyme de confección de ropa industrial*. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
24. Yáñez, J. y. (06 de 12 de 2018). *Auditorías, Mejora Continua y Normas ISO: factores clave para la evolución de las organizaciones. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215026158006>

Anexo # 1



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI FACULTAD DE CONTABILIDAD PÚBLICA Y AUDÍTORIA

Encuesta al personal que labora dentro del sub- centro San José

1. ¿Cómo considera la gestión administrativa del Subcentro?

- Excelente ()
- Muy bueno ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()

2. ¿La unidad operativa cuenta con acondicionamiento físico?

- | | SI | NO |
|-------------------|-----|-----|
| Ventilación | () | () |
| Infraestructura | () | () |
| Servicios básicos | () | () |
| Piso | () | () |
| Paredes | () | () |
| Iluminación | () | () |

3. ¿Existe un ambiente agradable para laborar con el equipo multidisciplinario?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

4. ¿La función que ejerce es acorde a su título profesional?

- Si ()
- No ()

5. ¿Cómo es el proceso operativo?

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| Se labora con equipo de alta tecnología | () | () |
| Los equipos están en buen estados | () | () |
| Existe un sistema operativo para la atención del usuario | () | () |

6. ¿Cómo es el rendimiento laboral?

- | | SI | NO |
|---|-----|-----|
| Se encuentra capacitado para tomar decisiones | () | () |

En su puesto de trabajo

Tiene compromiso organizacional () ()

Labora de acuerdo a normas y procedimientos () ()

Es participativo cuando se establecen metas en la institución () ()

Comunica su desempeño laboral a su jefe inmediato () ()

Es evaluado dentro de la institución () ()

Se opone a los cambios () ()

7. ¿La administración se preocupa por los problemas o necesidades del personal que labora?

Mucho ()

Poco ()

Nada ()

8. ¿Acepta usted observaciones y sugerencias que le hagan en su trabajo?

Si ()

No ()

9. ¿En qué le gustaría ser capacitado usted?

.....

10. ¿Le gustaría que el Sub Centro aplique alguna estrategia para mejorar el clima laboral?

Si ()

No ()

Anexo 2

BALANCE E INTERPRETACIONES

SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ

ESTADO DE RESULTADOS

Del 1 de enero al 31 de Diciembre del 2018

INGRESOS

| | | |
|-------------------------------|--|--------------------------|
| Ventas de servicios | | 858000.00 |
| Ventas de insumos y medicinas | | 168750.00 |
| Otros ingresos | | 3750.00 |
| Total Ingresos | | <u>1030500.00</u> |

COSTO DE VENTAS

| | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|
| Inv. inicial de insumos y medicina | 25000.00 | |
| Compras insumos y medicinas | 250000.00 | |
| - Inv. Final de insumos y medicinas | -23152.02 | |
| Total costo de ventas | | -251847.98 |

COSTO DE PRODUCCION

| | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------|
| | 511920.00 | |
| Total costo de producción | <u>511920.00</u> | -511920.00 |

(-) GASTOS DE OPERACIÓN

| | | |
|------------------------|-----------------|-------------------|
| | 150000.00 | |
| Gastos administrativos | 60000.00 | |
| Gastos de ventas | 40000.00 | |
| Gastos financieros | | |
| | <u>40000.00</u> | -250000.00 |

UTILIDAD ANTES 15% PART.EMPLEADOS

| | | |
|--------------------------------|--|-----------------|
| 15% participación trabajadores | | 16732.02 |
| | | <u>-2509.80</u> |

UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS

| | | |
|-------------------------|--|-----------------|
| 25% impuesto a la Renta | | 14222.22 |
| | | <u>-3555.55</u> |

UTILIDAD NETA

| | | |
|--------------|--|-----------------|
| 10% reservas | | 10666.67 |
| | | <u>-1066.67</u> |

UTILIDAD DEL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ

9600.00

SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ

BALANCE GENERAL

Del 1 de enero al 31 de Diciembre del 2018

| ACTIVO | | | PASIVO Y PATRIMONIO | |
|-------------------------------|----------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| ACTIVO CORRIENTE | PARCIAL | TOTAL | PASIVO CORRIENTE | TOTAL |
| Caja Bancos | 11250.00 | | Documentos por pagar | 7527.78 |
| Inversiones corto plazo | 3750.00 | | Cuentas por pagar | 3750.00 |
| Cuentas por cobrar | 1500.00 | | Impuestos por pagar | 3555.56 |
| Inventarios | 37500.00 | | IEES por pagar | 600.00 |
| Gastos por adelantado | 3000.00 | | Provisiones sociales | 900.00 |
| Total activo corriente | | 57000.00 | Total pasivo corriente | 16333.34 |
| ACTIVO FIJO | | | PASIVO LARGO PLAZO | |
| Terrenos | 9000.00 | | Documentos por pagar | 60.00 |
| Edificios | 90000.00 | | Total pasivo a largo plazo | 60000.00 |
| Equipos médicos | 60000.00 | | TOTAL PASIVO | 76333.34 |
| Vehículos | 15000.00 | | PATRIMONIO | |
| Muebles y enseres | 13500.00 | | Capital social | 150000.00 |
| Total activo fijo | | 187500.00 | Utilidades acumuladas | 15000.00 |
| OTROS ACTIVOS | | | Reservas | 1066.66 |
| Inversiones a largo plazo | 7500.00 | | Utilidad del C.S.M. | 9600.00 |
| Total otros activos | | 7500.00 | TOTAL PATRIMONIO | 175666.66 |
| TOTAL ACTIVO | | <u>252.000.00</u> | TOTAL PASIVO + | <u>252.000.00</u> |
| | | | PATRIMONIO | |

Situación financiera

Según el Informe sobre las Cuentas Generales del Sub centro de Salud San José correspondiente al año 2018 en el que se ofrece una imagen global sobre la situación económico-financiera de la Administración de la Institución. De acuerdo con el compromiso adquirido por la Institución, las cuentas generales se presentan meses antes de lo habitual en los últimos años gracias a la agilidad del Departamento de Finanzas del Sub centro de Salud San José. Esto permite que se discutan los presupuestos del próximo año.

En el Estado de Pérdidas y Ganancias del Sub centro de Salud San José los datos arrojan una Utilidad Neta de \$ 9600,00 (nueve mil seiscientos dólares), lo cual ha hecho que desaparezcan las necesidades de financiación. Esto es debido al incremento de los ingresos corrientes, que aumentaron un 8 por ciento, ya que los gastos continúan aumentando y, en concreto, subieron un 7 por ciento respecto a los datos de 2017.

El total de ingresos asciende a \$ 1030500,00., mientras los gastos representan un total de 1013767,98 quedando una utilidad antes de impuesto de \$ 16732.02. En cuanto a los datos del Balance General los Activos (\$ 252000,00) son mayores que los pasivos (76.333.34) lo que significa que la Institución se encuentra en Estado de Liquidez.

Es necesario que el aumento de gastos sea analizado de manera más profunda en donde se debe concretar con tres medidas concretas: revisión sistemática, estructurada y periódica de todas las políticas y programas de gasto; profundización en la mejora de la eficacia y eficiencia en la gestión y establecimiento de políticas de personal que motiven al funcionamiento de la Institución.

ANEXO 3

Funciones del Personal

El servicio está bajo la responsabilidad del Médico Líder, quien depende de la subdirección del hospital, tendrá a su cargo conjuntamente con la Enfermera Líder del servicio la administración del mismo.

Funciones del médico Líder.

- Formar parte del comité del hospital.
- Organizar y mantener el funcionamiento técnico, administrativo y científico del servicio.
- Formular propuestas para mejorar la atención de los pacientes hospitalizados.
- Cumplir y hacer cumplir las normas y reglamentos científicos del servicio.
- Coordinar acciones técnicas administrativas con el resto de la unidad y el personal.
- Planificar anualmente programas técnicos, científicos y administrativos y presentarlos a la subdirección del hospital.
- Dirigir, supervisar y evaluar las acciones desarrolladas por el personal del servicio.
- Fomentar la actualización de conocimientos científicos del personal del servicio.
- Desarrollar trabajos de investigación científica.

Funciones de la enfermera líder del servicio.

- Planificar el trabajo anual del servicio.
- Conocer, cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos y procedimientos vigentes el servicio.
- Participar en la elaboración y actualización de normas y procedimientos de enfermería.
- Mantener actualizado el manual de cuidados directo en la atención de pacientes críticos.

- Elaborar el calendario de trabajo y descanso del personal del servicio a cargo.
- Identificar necesidades de equipo, materiales y suministros y efectuar el pedido correspondiente en forma oportuna.
- Supervisar y evaluar el personal de enfermería a cargo.
- Fomentar la iniciativa de innovaciones para mejorar, asesorar y controlar el cumplimiento de los planes de cuidado a los pacientes.
- Mantener reuniones con el personal de enfermería y con el equipo de salud para el análisis de la situación del servicio, necesidades del grupo, discusiones de los métodos de trabajo y entrega de información.
- Informe mensual y anual de actividades de servicio.
- Identificar necesidades de educación en servicios y planificar la programación correspondiente que le permita al personal mantenerse acorde con el avance de la ciencia y tecnología moderna.
- Planificar las actividades diarias, semanales del personal de enfermería.
- Coordinar con el diferente servicio en materia de enfermería.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el desarrollo de las prácticas de enfermería.
- Vigilar que la entrega y recepción de turno se realice en equipo
- Controlar periódicamente el intervalo del servicio.

Funciones de los internos rotativos de medicina

- Tiene la responsabilidad de llenar historias clínicas al momento del ingreso del paciente.
- Llevar en forma correcta el uniforme que incluye mandil blanco e identificación durante su trabajo hospitalario.
- Guardar respeto y consideración a los pacientes, supervisores y personal en general.

Funciones generales y específicas para el personal auxiliar de Enfermería.

- Cumplir con las asignaciones planificadas por la enfermera.
- Preparar y mantener en condiciones óptimas la unidad del paciente.
- Tomar signos vitales
- Anotar talla y peso antes de pasar al médico
- Reportar cualquier tipo de cambio que se produzca en el estado del paciente.
- Velar por el aseo y orden del servicio.
- Recibir y entregar materiales con inventario
- Reportar a la enfermera pérdidas o daños en las instalaciones, equipos y materiales de servicio.
- Colaborar con el programa de orientación al personal nuevo y en programas educativos que se lleven a cabo en el servicio.

ANEXO 4

OFICIOS



Sub-centro de Salud
SAN JOSÉ
Tarqui - Ecuador

Manta, 16 de diciembre del 2018

Vélez García Shirley Estefanía

Estudiante de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

De mis consideraciones:

De acuerdo al oficio del 03 de Diciembre del 2018, se da por aprobado la autorización para realizar la investigación dentro del sub centro de Salud San José con sus respectivas observaciones, perteneciente al trabajo de titulación de la Carrera de Auditoría y Contabilidad de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, cuyo tema es **“Auditoría de Gestión como herramienta de mejora administrativo financiero y su resultado en el sub-centro de Salud San José de Manta. Parroquia Tarqui. Periodo 2017-2018”**.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Teresa Farfán', is written over a faint circular stamp.

Lic. Teresa Farfán

M.S.P.
DISTRITO DE SALUD #2
CENTRO DE SALUD "SAN JOSÉ"

ANEXO 5
FOTOGRAFÍAS

