

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA



Tema:

**AUDITORIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE
ATENCIÓN AL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
“RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA.
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2016.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PREVIO PARA OPTAR EL
GRADO DE**

INGENIERO/A EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

Autor:

Flores Mejía Alex Fabián

Tutor:

Ing. Pedro Cedeño Choez

Manta – Manabí – Ecuador

2016

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

“Auditoria de Gestión para mejorar los procesos de atención al usuario de consulta externa del hospital “Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta. Periodo de enero a junio del 2016.”

Sometido a consideración del tribunal designado por la Facultad de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí de la ciudad de Manta previa a la obtención del título de Ingenieros en Contabilidad y Auditoría.

Ing. Bosco Vera. Mg.

Ing. Pedro Reyes. Mg.

Ing. Silvana Párraga. Mg.



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN DEL TUTOR

Certifico que este trabajo de grado titulado **“AUDITORIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA. PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2016,** ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original del autor **Flores Mejía Alex Fabián.**

Manta, julio del 2016

Ing. Pedro Cedeño Choez
Director de Tesis

DECLARACIÓN DE AUTORIA

El autor del presente trabajo investigativo, Flores Mejía Alex Fabián, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración concedo el derecho de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la Facultad de Contabilidad y Auditoría, de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual y sus Reglamentos.

Flores Mejía Alex Fabián

Agradecimiento

A Dios por darme la oportunidad de vivir y compartir día a día con las personas que amo; y a la vez por haber irradiado luz y saber a los talentos humanos protagonistas de la formación académica de los futuros profesionales en Contabilidad y Auditoría.

A la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**, a la Facultad de Comptabilidad y Auditoría, a su Decano, docentes por los conocimientos adquiridos en los años de estudio.

A mi Tutor por todos los consejos y críticas constructivas que fueron aportes ayuda para que este trabajo se realizara con éxito.

A mi familia, por el apoyo incondicional; y a todas aquellas personas que desinteresadamente siempre estuvieron prestos a ayudarme.

Flores Mejía Alex Fabián

Dedicatoria

Dedico mi tesis con todo a:

Dios por darme la oportunidad de vivir y la fortaleza para continuar.

Mis queridos padres quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme como persona.

Flores Mejía Alex Fabián

Contenido

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	i
CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	ix
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. DISEÑO TEÓRICO	5
3.1. La problemática.....	5
3.1.1. Problema Principal	5
3.2. Objetivos	6
3.2.1. Objetivo General	6
3.2.2. Objetivos Específicos	6
3.3. Hipótesis.....	6
3.3.1. General	6
3.3.2. Específica	6
3.4. Variables Conceptuales.....	7
3.4.1. Variable independiente.....	7
3.4.2. Variable Dependiente	7
3.4.3. Variables Operacionales (Operacionalización de las variables, teorías, principios, fundamentos teóricos, corrientes)	7
3.5. Tareas Científicas.....	8
3.5.1. Esquema temático.....	8
3.5.1.1. Marco teórico (estudio histórico del objeto).....	9
3.5.1.1.1. Definiciones conceptuales	9
3.5.1.1.2. Antecedentes conceptuales	10
3.5.1.1.2.1. <i>Sistemas de Contabilidad</i>	10
3.5.1.1.2.2. <i>Control Interno</i>	17

3.5.1.1.3.	Auditoría	26
3.5.1.1.4.	Auditoría de Gestión	27
3.5.1.2.	Diagnóstico del objeto	36
3.5.1.3.	Análisis del deber ser el objeto	59
3.5.1.4.	Propuesta de la factibilidad práctica	59
4.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	90
4.1.	Modalidad de Investigación	90
4.2.	Nivel de Investigación.....	90
4.3.	Población y Muestra.....	90
4.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	91
4.5.	Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	91
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
6.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	102
6.1.	Cronograma de Actividades. Diagrama de Gantt	102
6.2.	Recursos: Humanos, Materiales, Financieros	103
7.	BIBLIOGRAFÍA	104
	ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cronograma	61
Tabla 2: Evaluación control interno ambiente control.....	66
Tabla 3: Evaluación de riesgo.....	68
Tabla 4: Actividades de control.....	73
Tabla 5: Información y comunicación	76
Tabla 6: Monitoreo	78
Tabla 7: Cuadro resumen de hallazgos encontrados.....	81
Tabla 8: matriz de recomendaciones.....	83
Tabla 9: Edad de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	92
Tabla 10: Género de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	93
Tabla 11: Procedencia de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	94
Tabla 12: Trato al usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	95
Tabla 13: Eficacia recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.....	96
Tabla 14: Calidad de atención recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.....	97
Tabla 15: Calificación del desempeño laboral por parte del usuario que se atiende en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.....	98
Tabla 16: Privacidad recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.....	99

RESUMEN

El presente trabajo investigativo titulado AUDITORIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA. PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2016, tiene como objetivos: 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 del área de atención de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano y elaborar la auditoría de Gestión al área de atención de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano y en base a los resultados proponer soluciones. Se utilizó una metodología basada en un tipo de investigación correlacional, ya que se pudo estudiar la relación entre las variables o resultado de variables. Uno de los puntos más importantes que se examinó es la relación Auditoría de Gestión y el proceso de atención al usuario. Como resultados de la auditoría se obtuvo que no se está dando solución a los problemas de la bitácora, no aplican las políticas y procedimientos de la atención al usuario del área n o se cumple con llenar el registro diario de usuarios atendidos y falta de monitoreo al número de pacientes que se atienden en el área de consulta externa donde se propuso sugerencias en bien del usuario que asiste a la consulta externa.

Palabras claves: auditoría de gestión, procesos, atención, usuarios.

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, brinda atención preventiva y curativa, a una población de aproximadamente 210.700 habitantes, según estadísticas del 2013; el mismo que da cobertura a la demanda exigente y no programada a los habitantes de otros cantones de la provincia, su misión es velar por la salud de la personas por la cual se requiere de la implementación de un sistema efectivo que solvente toda las demandas de los procesos requeridos en esta dependencia pública; y, que permita evaluar cada uno de los procesos ejecutados. (HRZ, 2013)

Hay que resaltar como importante que cotidianamente en la sala de consulta externa del centro de salud antes mencionado se presentan múltiples dificultades debido a la carencia de: entrega de turnos de manera mecánica, falta de mantenimiento de baterías sanitarias y espacios asignados para los usuarios, falta de gestión por parte del departamento financiero, carencias de equipos en los quirófanos, mala distribución de las oficinas administrativa genera la perdida de procesos, carencia de un sistemas de red informática para la atención eficiente de los usuarios, falta de especialistas en las diferentes áreas, falta de capacitaciones tecnológica para el personal administrativo, reingeniería del talento humano, carencia satisfacción de los usuarios, carencia de convenios interinstitucionales para traslado aéreos de pacientes con cuadros clínicos de alto riesgo, falta de dominio de sistemas de comunicación interna en el hospital, falta de especialistas en las diferentes áreas.

Como problema se encuentra la falta de capacitación en programas de atención al usuario en el área de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta lo cual ocasionando deficiente atención de salud a los usuarios. Otro problema es la infraestructura debido a lo acontecido con el terremoto acaecido el 16 de abril del presente año, ocasionado la falta de atención al usuario en el área de consulta externa. No existe planificación ni cumplimiento

de la planificación, lo que genera incumplimiento de metas pudiendo llevar a un bajo nivel en el servicio de atención consulta externa. Con lo ante expuesto se hace necesario realizar una auditoría de gestión, considerando los problemas expuestos con el fin de mejorar la atención al usuario que se encuentra como primordial en el funcionamiento de este establecimiento de salud, principalmente en el área de consulta externa.

Al efectuar una auditoría de gestión en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, se verifica todo el proceso de atención al usuario y si el mismo cumple con las metas de lo que el servicio ofrece. Para lograr obtener la información de los usuarios se ejecutó encuestas con preguntas de información veraz y oportuna donde se encuentra los problemas que como usuarios día a día se percibe, por tal razón justificó la investigación debido al interés institucional y personal en mejorar el servicio ofertado de la unidad de salud mediante la gestión pública.

El proyecto investigativo es factible en lo social, porque está implicado el equipo de salud, usuarias/os e investigadora; económico porque tiene solvencia por parte de los investigadora; e institucional porque los datos investigados servirán como apoyo a la sociedad para resolver problemas prioritarios; los beneficiarios directos es la institución de salud y el equipo de salud, y los beneficiarios indirectos los usuarios que acuden a la atención de salud.

Con la ejecución del proyecto se espera como impacto mejorar la calidad de atención mediante la aplicación de la auditoria en gestión y evaluando mediante encuesta a usuarios logrando su satisfacción, enalteciendo así la imagen de la institución porque la relación de ayuda brindada por el profesional de salud es juzgado por el paciente y estos opinan o expresan si lo considera bueno o malo, dependiendo de la atención recibida.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica debido a que la salud es un derecho que es garantizado en la Constitución de la República del Ecuador, ésta a través del Plan Nacional Del Buen Vivir, controlar la Gestión del Estado para corroborar que cumple de manera adecuada con sus funciones, así como para revelar errores, debilidades, abusos y casos de corrupción en el sector público. De esta manera, el acceso a la información fomenta una mayor eficiencia y eficacia en las acciones del estado, especialmente en el manejo de recursos públicos, y promueve una mayor transparencia y rendición de cuentas.

Además se justifica la metodología por la utilización de métodos investigativos donde se describe la necesidad de realizar la auditoría mediante el método descriptivo – explicativo que sirve para el análisis de causa y efecto del estudio.

El presente trabajo de investigación es de gran importancia debido a que la auditoría de gestión permitirá determinar a través de indicadores el cumplimiento de la eficacia, eficiencia y control en cuanto al servicio que brinda el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano del Cantón Manta en atención de Consulta Externa, de acuerdo a las causas de problemas encontrados como la falta de capacitación en programas de atención al usuario, infraestructura debido a lo acontecido con el terremoto acaecido el 16 de abril del presente año, baja planificación trayendo consigo efectos la deficiente atención de salud a los usuarios, salubridad insuficiente e incumplimiento de metas.

Con lo ante expuesto se hace necesario realizar una auditoría de gestión, mediante la utilización de procesos para la ejecución de la auditoría a efecto de que se ajuste a métodos objetivos y sistemáticos que ayuden a mejorar las prácticas en la evaluación de la suficiencia, la eficacia, la eficiencia y la efectividad del control interno; así como facilitar las tareas del equipo de auditores considerando los problemas expuestos con el fin de mejorar la atención al usuario

que se encuentra como primordial en el funcionamiento de este establecimiento de salud, principalmente en el área de consulta externa. Además es de gran importancia porque se pondrá en práctica los conocimientos técnicos, científicos, humanísticos responsables en la toma de decisiones y resolución de los problemas empresariales e involucrados en la investigación tecnológica, científica, en el emprendimiento y conciencia ambiental, con alto espíritu de valores y ética profesional, adquiridos en los años de estudio de la carrera de auditoría.

Actualmente las empresas que se desenvuelven en este medio de alta competitividad, exige mayor precaución internamente para sobresalir y mantenerse en el mercado, esta auditoría está relacionada con las características estructurales y funcionales del objeto de estudio, por lo que su ejecución requiere de una guía que se adapte a las condiciones existentes y que, sin limitar la independencia y creatividad del auditor, le permita lograr una sistematicidad y orden para obtener al mediano plazo mejores resultados.

Tener conciencia de lo que se está realizando, lo que se está haciendo para lograr obtener, eficacia, eficiencia y economía en la asistencia médica de los pacientes, se ha transformado en la actualidad en una necesidad imperiosa. Este trabajo es un intento de mostrar la importancia de dichos métodos con la finalidad de contribuir al mejoramiento de su organización. Se introduce en definiciones, tiempos, abordajes y la manera como se crean indicadores y analizadores para abordar el funcionamiento institucional.

Con la ejecución del proyecto se espera como impacto mejorar la calidad de atención mediante la aplicación de la auditoría en gestión y evaluando mediante encuesta a usuarios logrando su satisfacción, enalteciendo así la imagen de la institución porque la relación de ayuda brindada por el profesional de salud es juzgado por el paciente y estos opinan o expresan si lo considera bueno o malo, dependiendo de la atención recibida.

3. DISEÑO TEÓRICO

3.1. La problemática

La causa principal que origina la deficiente gestión administrativa en el área de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta es la poca capacitación en programas RDACAA lo cual ocasionando deficiente atención de salud a los usuarios.

La segunda causa observada es infraestructura de servicios y saneamiento insuficientes e inadecuados, originado por el terremoto acaecido en la ciudad obteniendo insalubridad en el área de consulta externa.

Por tercera y última causa se nota bajo cumplimiento de la planificación, lo que genera incumplimiento de metas pudiendo llevar a un bajo nivel en el servicio de atención consulta externa.

Con lo ante expuesto se hace necesario realizar una auditoría de gestión, considerando los problemas expuestos con el fin de mejorar la atención al usuario que se encuentra como primordial en el funcionamiento de este establecimiento de salud, principalmente en el área de consulta externa.

3.1.1. Problema Principal

Deficiente gestión en atención al usuario en el área de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Realizar una auditoría de gestión para mejorar los procesos de atención al usuario de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano del Cantón Manta.

3.2.2. 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 del área de atención de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.
- ✓ Elaborar la auditoria de Gestión al área de atención de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano y en base a los resultados proponer soluciones.

3.3. Hipótesis

3.3.1. General

El aplicar una auditoría de gestión, mejoraría la deficiente gestión de atención al usuario en el área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

3.3.2. Específica

Al evaluar los procesos de atención al usuario se obtendría información requerida para aplicar una auditoría de gestión en el área de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

3.4. Variables Conceptuales

3.4.1. Variable independiente

Auditoría de Gestión

3.4.2. Variable Dependiente

Proceso de atención al usuario

3.4.3. Variables Operacionales (Operacionalización de las variables, teorías, principios, fundamentos teóricos, corrientes)

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
Auditoría de gestión (Variable Independiente)	Técnica administrativa que se aplica para evaluar la situación de la empresa.	Eficiencia Eficacia Calidad	Deficiente Regular Bueno Muy bueno Excelente	Encuesta
Atención a los usuarios (Variable Dependiente)	Respecto al usuario Eficacia Información completa Accesibilidad Oportunidad	Trato al usuario Confianza en la resolución de problemas Fue eficaz su atención Vocabulario fácil de atender Se siente seguro en el establecimiento de salud	Deficiente Regular Bueno Muy bueno Excelente	Encuesta

3.5. Tareas Científicas

Problema: Deficiente gestión administrativa en el área de consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

Campo: Auditoría

Área: Salud

Delimitación espacial: Cantón Manta – Provincia de Manabí

Delimitación temporal: Enero a junio del 2016

3.5.1. Esquema temático

- Portada y Contraportada
- Certificación del tutor
- Declaración de autoría
- Aprobación del Trabajo de Titulación (tribunal)
- Dedicatoria
- Agradecimiento
- Índice
- Resumen o Epígrafe (texto máximo en 260 palabras)
- Introducción
- CAP 1.- Elaboración del Marco teórico de la Investigación (estudio histórico del objeto, estado del arte)
- CAP 2.- Diagnóstico del objeto o Estudio de Campo (situación diagnóstica)
- CAP 3.- Análisis del deber ser del objeto o diseño de la propuesta (de lo que debe ser, análisis entre la situación y el criterio nace el modelo o propuesta de innovación)
- CAP 4.- Análisis de la Propuesta y de los resultados (aplicación del modelo y evidencia si procede o no)
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Bibliografía
- Anexos

3.5.1.1. Marco teórico (estudio histórico del objeto)

3.5.1.1.1. Definiciones conceptuales

Después de haber frecuentado algunas bibliotecas físicamente, virtuales y centros universitarios, pude darme cuenta que si existen proyectos de investigación conforme al tema que voy a estudiar. Igualmente en otras universidades de diferentes ciudades encontré temas relacionados.

Universidad Técnica de Ambato. “Auditoría de la Gestión del personal del área de negocios y su incidencia en el requerimiento de la liquidez de la cooperativa de ahorro y crédito Ocus Ltda, de la ciudad de Ambato en el año 2010” de Barrionuevo Aldáz Verónica Yolanda. Año 2011.

“Esta investigación tiene como objeto demostrar de manera práctica que la aplicación de una Auditoría de Gestión, no solo permite disminuir el riesgo de irrecuperabilidad de una empresa, sino también indispensable dentro del sistema financiero para realizar de mejor manera la recuperación de cartera...” (Barrionuevo, 2011)

Universidad Nacional de Loja. “Auditoría de gestión al Hospital binacional Dr. Leónidas Arsenio Celi del cantón Macará, Provincia de Loja, periodo del 01 de enero al 31 De diciembre del 2011”. SALAZAR, Rossmery Alexandra. Año 2013

La auditoría de gestión es una técnica relativamente de asesoramiento que ayuda a analizar, diagnosticar y establecer recomendaciones a las organizaciones públicas y privadas, con el fin de conseguir con éxito una estrategia; para ello el presente trabajo de tesis está direccionado en base al Objetivo General de Realizar una Auditoría de Gestión al Hospital Binacional Dr. Leónidas Arsenio Celi del Cantón Macará, provincia de Loja. (Salazar, 2013)

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. “Auditoría de Gestión por el Año 2010 para el Hospital de Especialidades San Juan en la ciudad de Riobamba”. LLUAY HUARACA Norma Elizabeth y MOREANO CARRASCAL Mayra Cristina. Año 2012.

Considerando la importancia de medir los resultados de la gestión, con el fin de verificar el cumplimiento de las metas institucionales, se ha realizado una auditoría de gestión, es decir un examen sistemático de evidencias, realizado con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión de la organización institucional, programa, actividad o función. (LLuay, 2012).

Universidad Técnica Luis Vargas Torres de Esmeraldas. La racionalización del talento humano en la dirección provincial de Educación hispana de Esmeraldas. Año 2011.” Ramiro Alberto Ayovi Plata. Año 2012.

La importancia teórica radica, en el aprendizaje y la aplicación de conocimientos sobre administración del Talento Humano, Organización y Métodos, Optimización de recursos, eficiencia y liderazgo empresarial, Responsabilidad Social de las empresas y claro está la Administración del Sector Público, todo esto a la luz de la nueva ley del Servicio Público y su Reglamento, y claro, las necesarias retenciones de los servidores públicos y porque no de la ciudadanía que últimamente se ha visto acorralada, hostigada, “espiada”, con el propósito de desprestigiar a los líderes sindicales, quitarles legitimidad a sus protestas y “jubilarlos”. (PLATA, 2012).

3.5.1.1.2. Antecedentes conceptuales

3.5.1.1.2.1. Sistemas de Contabilidad

Está constituido por los métodos y registros establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones de una entidad. La calidad de la información que brinda el sistema afecta la capacidad de la gerencia para adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la entidad y elaborar informes financieros confiables.

Los elementos que conforman el sistema de información contable son:

- ✓ Identificación de información suficiente.
- ✓ Información suficiente y relevante debe ser identificada y comunicada en forma oportuna para permitir al personal ejecutar sus responsabilidades asignadas.
- ✓ Re – evaluación de los sistemas de información. Las necesidades de información y los sistemas de información deben ser revaluados cuando existan cambios en los objetivos o cuando se producen deficiencias significativas en los procesos de formulación de información.¹

Entre los procedimientos encontramos:

- ✓ Delimitar las responsabilidades.
- ✓ Segregar funciones de carácter incompatible.
- ✓ Dividir el procesamiento de cada transacción.
- ✓ Seleccionar funcionarios hábiles y capaces.
- ✓ Crear procedimientos que aseguren la exactitud de la información.
- ✓ Hacer rotación de deberes.
- ✓ Fianzas (pólizas).
- ✓ Dar instrucciones por escrito.
- ✓ Utilizar cuentas de control.
- ✓ Crear procedimientos que aseguren la totalidad, la autorización y el mantenimiento de la información.
- ✓ Evaluar los sistemas computarizados.
- ✓ Usar documentos prenumerados.
- ✓ Evitar el uso de dinero en efectivo.
- ✓ Hacer depósitos inmediatos e intactos de fondos.
- ✓ Mantener orden y aseo.

¹ (recuperado de [http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051\(2\).pdf](http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051(2).pdf))

- ✓ Identificar los puntos clave de control en cada proceso.
- ✓ Usar gráficas de control.
- ✓ Realizar inspecciones técnicas frecuentes.
- ✓ Actualizar medidas de seguridad.
- ✓ Registrar adecuadamente la información.
- ✓ Conservar en buen estado los documentos.
- ✓ Usar indicadores.
- ✓ Practicar el autocontrol.
- ✓ Crear por lo menos un suplente (Back Up) en cada puesto dentro de la organización para no crear dependencia en determinadas operaciones.
- ✓ Hacer que la gente sepa por qué y para qué se hacen las cosas.
- ✓ Definir objetivos y metas claras y alcanzables.
- ✓ Realizar tomas físicas periódicas de activos.

De acuerdo al marco COSO, el control interno consta de cinco componentes relacionados entre sí. Estos derivarán de la manera en que la Dirección dirija la Unidad y estarán integrados en el proceso de dirección. Los componentes serán los mismos para todas las Organizaciones (sean públicas o privadas) y dependerá del tamaño de la misma la implantación de cada uno de ellos. Los componentes son: (Solórzano, 2012).



a) Ambientes de Control

Se refiere al establecimiento de un entorno que estimule e inflencie las tareas del personal con respecto al control de sus actividades; el que también se conoce como el clima en la cima. En este contexto, el personal resulta ser la esencia de cualquier entidad, al igual que sus atributos individuales como la integridad y valores éticos y el ambiente donde operan, constituyen el motor que la conduce y la base sobre la que todo descansa.

El ambiente de control tiene gran influencia en la forma en que son desarrolladas las operaciones, se establecen los objetivos y estiman los riesgos. Igualmente, tiene relación con el comportamiento de los sistemas de información y con las actividades de monitoreo. (Solórzano, 2012)

Los elementos que conforman el ambiente interno de control son los siguientes:

- ✓ Integridad y valores éticos;
- ✓ Autoridad y responsabilidad;
- ✓ Estructura organizacional;
- ✓ Políticas de personal;
- ✓ Clima de confianza en el trabajo; y,
- ✓ Responsabilidad.

b) Evaluación de Riesgos

El riesgo se define como la probabilidad que un evento o acción afecte adversamente a la entidad. Su evaluación implica la identificación, análisis y manejo de los riesgos relacionados con la elaboración de estados financieros y que pueden incidir en el logro de los objetivos del control interno en la entidad.

Estos riesgos incluyen eventos o circunstancias que pueden afectar el registro, procesamiento y reporte de información financiera, así como las

representaciones de la gerencia en los estados financieros. Esta actividad de auto – evaluación que practica la dirección debe ser revisada por los auditores internos o externos para asegurar que los objetivos, enfoque, alcance y procedimientos hayan sido apropiadamente ejecutados. (Solórzano, 2012)

Los elementos que forman parte de la evaluación del riesgo son:

- ✓ Los objetivos deben ser establecidos y comunicados;
- ✓ Identificación de los riesgos internos y externos;
- ✓ Los planes deben incluir objetivos e indicadores de rendimiento; y,
- ✓ Evaluación del medio ambiente interno y externo.

Para que cualquier entidad tenga controles efectivos debe establecer sus objetivos. Estos deben estar sustentados en planes y presupuestos. El establecimiento de los objetivos representa el camino adecuado para identificar factores críticos de éxito y establecer criterios para medirlos, como condición previa para la evaluación del riesgo. Los objetivos pueden categorizarse desde el siguiente punto de vista:

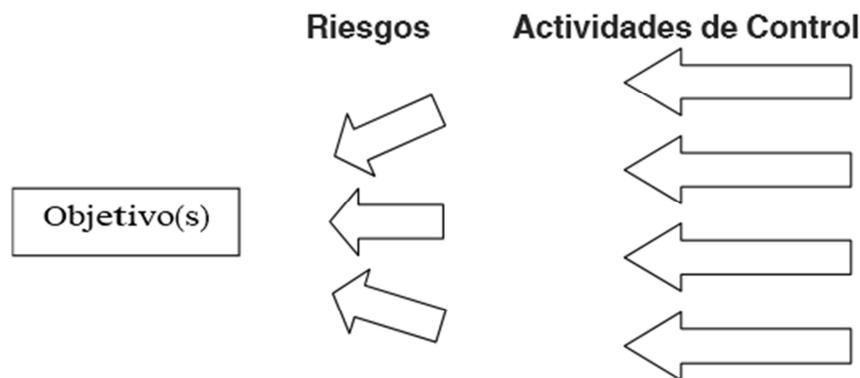
- ✓ Objetivos de operación. Son aquellos relacionados con la efectividad y eficiencia de las operaciones de la entidad.
- ✓ Objetivos de información Financiera. Están referidos a la obtención de información financiera confiable.
- ✓ Objetivos de cumplimiento. Están dirigidos al cumplimiento de leyes y regulaciones, así como también a políticas dictadas por la gerencia.²

c) **Actividades de Control**

Las actividades de control son las políticas, procedimientos, técnicas, prácticas y mecanismos que permiten a la Dirección administrar (mitigar) los riesgos identificados durante el proceso de Evaluación de Riesgos y asegurar que

² (recuperado de [http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051\(2\).pdf](http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051(2).pdf))

se llevan a cabo los lineamientos establecidos por ella. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Unidad y en cada una de las etapas de la gestión, partiendo de la elaboración de un mapa de riesgos, de acuerdo a lo señalado en el punto anterior (Evaluación de Riesgos), lo cual se representa en el siguiente diagrama: (Solórzano, 2012)



Fuente: Informe COSO por Samuel Alberto Mantilla

En la evaluación del sistema de control interno no solo debe considerarse si fueron establecidas las actividades relevantes para los riesgos identificados, sino también si las mismas son aplicadas en la realidad y si los resultados conseguidos son los esperados. Atento a la variedad de actividades de control que pueden emplearse, las aquí incorporadas lo son a título indicativo. Son desarrolladas al sólo efecto de ilustrar la variedad de controles típicos que deben utilizarse en cualquier organización y que el auditor debe tomar en cuenta para su evaluación. Es un punto de partida, hallándose sujeta a mejoras e incorporación de aquellos aspectos no contemplados en ellas. (Solórzano, 2012)

d) Información y comunicación

Hay que identificar, recopilar y comunicar información pertinente en tiempo y forma que permitan cumplir a cada funcionario con sus responsabilidades. También deberá existir una comunicación eficaz en un sentido

amplio, que fluya en todas las direcciones a través de todos los ámbitos de la Unidad, de arriba hacia abajo y a la inversa. La Dirección debe comunicar en forma clara las responsabilidades de cada funcionario dentro del sistema de control interno implementado. Los funcionarios tienen que comprender cuál es su papel en el sistema de control interno y cómo las actividades individuales están relacionadas con el trabajo del resto. (Solórzano, 2012)

Asimismo, deben contar con los medios para comunicar la información significativa a los niveles superiores. Los datos de una Organización deben ser identificados, captados, registrados, procesados en información y comunicados en tiempo y forma a los funcionarios, para que estos puedan tomar decisiones acertadas y cumplir con sus responsabilidades.

- Están definidos los distintos reportes que deben remitirse a los distintos niveles internos para la toma de decisiones.
- La información es apropiada de acuerdo a los niveles de autoridad y responsabilidad asignados.

e) Supervisión y monitoreo

Los sistemas de control interno requieren supervisión, es decir, un proceso que verifique la vigencia del sistema de control interno a lo largo del tiempo. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continuada, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas. La eficacia del sistema de control interno de toda Organización, debe ser periódicamente evaluada por la Dirección y los mandos medios.

Los resultados de la evaluación deben ser comunicados a aquel ante quién se es responsable.

- El sistema de control interno es evaluado periódicamente por la Dirección y los mandos medios a los efectos de corroborar su vigencia.

- Existen herramientas definidas de autoevaluación que permiten evaluar el sistema de control interno implementado.

Un sistema de control interno se considera eficaz si la dirección de la Unidad tiene la seguridad razonable de que:

- Dispone de la información adecuada sobre hasta qué punto se están logrando los objetivos operacionales de la Unidad.
- Se prepara de forma fiable la información financiera de la misma.
- Se cumplen las leyes y normativa a las que se encuentra sujeta.

Si bien el control interno es un proceso, su eficacia es el estado o la situación del proceso en un momento dado.

- Se evalúa periódicamente la eficacia del sistema de control interno, teniendo en cuenta si la Dirección de la Unidad tiene seguridad razonable de que:
- Dispone de la información adecuada sobre hasta qué punto se están logrando los objetivos operacionales de la Unidad.
- Se prepara de forma fiable la información financiera de la misma.

3.5.1.1.2.2. Control Interno

(Lema, 2012) 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.

“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” (España, 2011)

3.5.1.1.2.3. 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 razonable³:

- 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.

³ (recuperado de [http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051\(2\).pdf](http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051(2).pdf))

- **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.⁴

- 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 Interno**

- ✓ 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.

⁴ (recuperado de [http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051\(2\).pdf](http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/428/1/82T00051(2).pdf))

- **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.

3.5.1.1.2.3. Características del Sistema de Control Interno

- ✓ Hace parte integrante de los sistemas contables, financieros, operacionales y administrativos de la Empresa. No es un sistema aislado.
- ✓ Lo establece y mantiene la máxima autoridad de la Empresa, La Dirección la cual institucionaliza un Sistema de Control Interno adecuado a la naturaleza y objetivos de la Empresa.
- ✓ Cada funcionario es responsable del control interno en la Empresa, de acuerdo a la estructura organizacional.

- ✓ Es evaluado por la OFICINA DE CONTROL INTERNO de manera independiente.
- ✓ Garantiza una información exacta, veraz y oportuna, como base para la presentación de informes operativos, administrativos y financieros de la Empresa.⁵

3.5.1.1.2.4. 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.⁶

⁵ (<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006838/html/cap02/cont07.html>)

⁶ (recuperado de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/lfm.html>)

3.5.1.1.2.5. 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.⁷

Estos principios se rigen en lo siguiente:

- a) División del trabajo
- b) Fijación de responsabilidad
- c) Cargo y descargo

a) División del Trabajo

La esencia de éste principio descansa en la separación de funciones de las unidades operativas de actividades de forma tal que una persona no tenga un control completo de la operación, para lo cual se debe distribuir el trabajo de modo que una operación no comience y termine en la persona o departamento que la inició.

De esta forma el trabajo de una persona es verificado por otra, que trabaja independientemente, pero que al mismo tiempo está verificando la operación realizada, lo que posibilita la detección de errores u otras irregularidades.

⁷ (recuperado de <https://es.scribd.com/doc/62542590/disenio-de-un-sistema-de-control-interno>)

“Lo esencial es precisar que los procesos de elaboración y aprobación de los documentos primarios, se efectúen por personas distintas a las que los registran y éstos no sean los que elaboran y aprueban los Comprobantes de Operaciones que sirven de base a las anotaciones.” (España, 2011)

Es necesario dividir las diferentes operaciones en forma tal que los resultados parciales de una operación puedan ser verificados con el resultado de su contabilización.

Se extiende este principio a toda actividad laboral administrativa y debe aplicarse hasta donde las posibilidades del personal lo permitan, esto quiere decir que a pesar de los beneficios que ofrece su aplicación, debe ser objeto de una lógica adecuación cuando la plantilla del personal es pequeña, el aumento del personal con este fin debe ser la última de las alternativas, cuando no haya otra solución, ya que debe tenerse en cuenta que el costo de un control no debe ser superior a los beneficios que se deriven.

b) Fijación de Responsabilidad

Que los procedimientos inherentes al control de las operaciones económicas, así como la elaboración de los documentos pertinentes, permitan determinar en todos los casos, la responsabilidad primaria sobre todas las anotaciones y operaciones llevadas a cabo. Se parte de la concepción de que las normas y procedimientos estructurados, sobre la base de una adecuada organización, prevean las funciones de cada área, o sea, que hay que hacer, así como las consecuentes responsabilidades de cada uno de los integrantes de una unidad organizativa, expresando el cómo hay que hacer y quién debe hacerlo.

“Es importante que los procedimientos definan quién debe efectuar cada operación y que a su vez se establezca en forma obligatoria que se deje evidencia de quién efectúa cada una de ellas en los documentos y registros” (España, 2011)

c) Cargo y Descargo

Este principio está íntimamente relacionado al de la fijación de responsabilidad, pues facilita la aplicación del mismo cuando es necesario. Debe entenderse el control de lo que entra y sale; cualquier operación registrada en una cuenta contraria a su naturaleza debe ser investigada al máximo.

Consiste simplemente en que cuando se produce una entrega de algo: mercancías, documentos, dinero, etc. (descargo), existe una contrapartida o recepción (cargo). Cuando esta operación se formaliza documentalmente, la persona que recibe, firma el documento asumiendo la custodia de los medios recibidos.

En realidad el objetivo de este principio trata de garantizar que cada modelo, documento o registro, se corresponda con sólo determinado tipo de operaciones perfectamente delimitado, de forma tal que la naturaleza de estas operaciones siempre sea correspondiente y uniforme.

Esto permite, mediante el análisis del movimiento o la existencia de anotaciones originadas por documentos primarios, que no se corresponden con la naturaleza de las operaciones de un registro determinado, poder descubrir errores o anomalías en la información contable. Además de los principios generales antes mencionados, procede observar otros procedimientos, como son:

- ✓ Que las anotaciones se efectúen en los registros y documentos primarios, Mayor General, Mayor auxiliar, Comprobante de Operaciones y otros que constituyan o puedan constituir documentos probatorios, a tinta, lápiz-tinta u otros medios como máquina de escribir o demás equipos de procesamiento de datos, no permitiéndose en ningún caso que en tales documentos se lleven a cabo borraduras, enmiendas o tachaduras de lo anotado, lo que implica

subsanan cualquier error y nueva anotación en la forma que proceda, acorde a la naturaleza del error y documento o registro de que se trate.

- ✓ Las tarjetas u hojas sueltas que constituyen el libro Mayor, deberán estar habilitados de acuerdo a lo que se legisle y dado su carácter de documentos probatorios requieren ser conservados y protegidos durante el tiempo que en este sentido se establezca.

3.5.1.1.3. Auditoría

“Es un examen que pretende servir de base para expresar una opinión sobre la razonabilidad, consistencia y apegos a los principios de contabilidad generalmente aceptados, de estados financieros preparados por una empresa o por otra entidad para su prestación al público o a otras partes interesadas.” (Montgomery, 2013)

“Esta actividad profesional ha adquirido una gran importancia y se ha constituido en una necesidad social, ya que garantiza el diseño de una estrategia adaptada a las condiciones de cada entidad en este proceso se organiza todo el trabajo de Auditoría, las personas implicadas, las tareas a realizar por cada uno de los ejecutantes, los recursos necesarios, los objetivos, programas a aplicar entre otros, es el momento de planear para garantizar éxito en la ejecución de la misma.” (Valderrama, 2008)

La auditoría se clasifica de acuerdo a quienes realizan el examen en:

1. Externa
2. Interna
3. Gubernamental

Es externa, cuando el examen no lo practica el personal que labora en la Entidad, es decir que el examen lo practica la Contraloría o Auditores Independientes. Es interna, cuando el examen lo practica el equipo de Auditoría de la Entidad

(Auditoría Interna). Es gubernamental, cuando la practican auditores de la Contraloría General de la República, o auditores internos del sector público o firmas privadas que realizan auditorías en el Estado con el permiso de la Contraloría. De acuerdo al tipo de entidad en que se realiza:

- Privada
- Pública o Gubernamental.

Auditoría Privada.- Es ejecutada en las empresas particulares que están fuera del alcance del sector público y es practicada por Auditores independientes o firmas privadas de auditores.

Auditoría Gubernamental.- cuando es aplicada a entidades y organismos del sector público, la misma que es planificada y efectuada por la Contraloría General del Estado o Firmas privadas de Auditores. (Valderrama, 2008)

De acuerdo al área examinada o a examinar:

- Auditoría Financiera
- Auditoría Operacional o de Gestión
- Auditoría Integral
- Auditoría Especial
- Auditoría Ambiental
- Auditoría Informática
- Auditoría de Recursos Humanos
- Auditoría de Cumplimiento
- Auditoría de Seguimiento
- Etc. (mailxmail, 2014)

3.5.1.1.4. Auditoría de Gestión

La Auditoría de Gestión aunque no tan desarrollada como la Financiera, es si se quiere de igual o mayor importancia que esta última, pues sus efectos tienen consecuencias que mejoran en forma apreciable el desempeño de la organización.

La denominación auditoría de gestión funde en una, dos clasificaciones que tradicionalmente se tenían: auditoría administrativa y auditoría operacional. (Cuellar, 2014). Para entender el concepto de auditoría de gestión es necesario conocer los conceptos tradicionales de auditoría administrativa y auditoría operacional que fueron remplazados por este último.

William P. Leonard presenta la siguiente definición de Auditoría administrativa:

La Auditoría administrativa puede definirse como el examen comprensivo y constructivo de la estructura organizativa de una empresa de una institución o departamento gubernamental; o de cualquier otra entidad y de sus métodos de control, medios de operación y empleo que dé a sus recursos humanos y materiales.

Joaquín Rodríguez Valencia plantea una definición de Auditoría Operacional así:

Se define como una técnica para evaluar sistemáticamente la efectividad de una función o una unidad con referencia a normas de la empresa, utilizando personal especializado en el área de estudio, con el objeto de asegurar a la administración que sus objetivos se cumplan, y determinar qué condiciones pueden mejorarse.

Los dos anteriores conceptos se han venido manejando de manera tal que se hacía una diferenciación entre auditoría administrativa y auditoría operacional, cuando en la realidad eran dos nombres para un mismo proceso, pues en la práctica no existían diferencias notables entre una y otra. En Colombia, la modernización del Control Fiscal realizado por la constitución de 1991 y el funcionamiento del Consejo Técnico de la Contaduría Pública, hicieron que se acuñara la moderna denominación de auditoría de gestión para remplazar las antiguas auditoría administrativa y auditoría operacional. (Cuellar, 2014)

El Consejo Técnico de la Contaduría Pública en su pronunciamiento No. 7 presenta la siguiente definición de Auditoría de Gestión:

La auditoría de gestión es el examen que se realiza a una entidad con el propósito de evaluar el grado de eficiencia y eficacia con que se manejan los recursos disponibles y se logran los objetivos previstos por el Ente.

Sin embargo siguiendo el mismo método para realizar los conceptos de Auditoría es posible afirmar que auditoría de gestión es:

El examen crítico, sistemático y detallado de las áreas y Controles Operacionales de un ente, realizado con independencia y utilizando técnicas específicas, con el propósito de emitir un informe profesional sobre la eficacia eficiencia y economicidad en el manejo de los recursos, para la toma de decisiones que permitan la mejora de la productividad del mismo.

El concepto de auditoría de gestión, con su preocupación de control operativo, es el puente, y a veces el catalizador entre una auditoría financiera tradicional, y un método de servicios administrativos para solucionar el problema de un tiempo. Constituye un ingrediente necesario en la plena implantación de la auditoría integral. Los programas de auditoría de gestión específicos para cada área funcional mayor, proporciona al auditor una guía con respecto a los tipos de controles, condiciones y circunstancias que probablemente logre encontrar. (Cuellar, 2014).

Igualmente, presentan preguntas específicas para hacer resaltar elementos de control significativos. En éste generalizado enfoque, el auditor se siente comprometido para revisar y evaluar los controles operacionales haciendo notar que el objetivo primario de la auditoría de gestión, es dar relevancia a aquellas áreas en donde haya reducción de costos, las mejorías en operación, o la mayor productividad, pueden lograrse mediante la introducción de modificaciones en los controles administrativos y operacionales, o en los instructivos de políticas, o por la acción correctiva correspondiente.

La ventaja de ver a la empresa como una totalidad permite al auditor ofrecer sugerencias constructivas, y recomendaciones a un cliente para mejorar la

productividad global de la compañía. Es así como la implantación con éxito de la auditoría de gestión puede representar un aporte valioso a las relaciones del cliente. (Cuellar, 2014)

Procedimientos

La auditoría de gestión consiste en las revisiones y evaluación de dos elementos mayores de la administración:

- **Política de la corporación.** Determinación de la existencia, lo adecuado y comprensivo de la política así como el significado de sus instructivos como elementos de control en áreas funcionales. Valorización de los efectos de la ausencia de políticas; o recomendaciones para la adopción o modificación de los instructivos formalizados.
- **Controles administrativos.** Determinación de la existencia, y lo adecuado de controles administrativos u operacionales como tales, y como respaldo a los objetivos de productividad de la gerencia; el grado de cumplimiento en las áreas de funcionabilidad mayor; y la coordinación de controles de operación con los instructivos de la política de la corporación.
- **Evaluación de los efectos** de la acción de controles administrativos u operacionales en áreas significativas, y recomendaciones para la adopción o modificación de tales controles.

La índole y función de los controles administrativos u operacionales, por lo tanto, para el efectivo control administrativo son fundamentales, ellos representan procedimientos, rutinas, y otros requisitos obligatorios, o lineamientos específicos, que indican cómo y por qué medio debe de ejercerse o canalizarse la auditoría operativa.

También puede tomar la forma de documentos o informe que actúen como controles de sí mismos, o que están diseñados como medida de la efectividad como funcionan otros controles operacionales. Desde un punto de vista funcional, son los medios de implantar los objetivos de políticas de una corporación.

A la inversa, la ausencia de instructivos de política vital, o de controles operacionales efectivos en áreas funcionales significativas puede ejercer un enorme efecto adverso en la productividad global.

Al iniciar una auditoría de gestión, el auditor prepara datos importantes que le sirven como antecedentes respecto al cliente, entre los cuales se tiene las utilidades históricas, recuperación sobre inversión, clases de productos usuales de distribución, características mercantiles inusitadas en el ramo del mercado, el volumen aproximado de ventas anuales, el activo y la influencia de pedidos a la orden o contratos para la diferencia sobre la planeación y operaciones generales. Estos datos pueden suplir con inspecciones a las plantas y otros servicios, a fin de evaluar las condiciones físicas, y localizar indicios de posibles áreas de problemas.

El auditor también puede aplicar técnicas de análisis financiero para estadísticas de operación, que también puede sugerir áreas de problemas, o condiciones que influyen una recuperación desfavorable sobre la inversión, o estadística de operación adversa. (Cuellar, 2014)

Objetivos de la Auditoría de Gestión

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. (Velásquez, 2013)

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. Por medio de los trabajos que realiza el auditor administrativo, éste se encuentra en posición de determinar y poner en evidencia las fallas y métodos defectuosos operacionales en el desempeño. Respecto de las necesidades específicas de la dirección en cuanto a la planeación, y realización de los objetivos de la organización.

La responsabilidad del auditor consiste en ayudar y respaldar a la dirección en la determinación de las áreas en que pueda llevarse a cabo valiosas economías e implantarse mejores técnicas administrativas. Enseguida de una investigación definida y donde quieran que surjan aspectos o circunstancias susceptibles de remedio o mejoría, es obligación del auditor examinar con mirada crítica y valorar toda solución que parezca conveniente. (Cuellar, 2014)

La revisión de los métodos y desempeños administrativos, comprende un examen de los objetivos, políticas, procedimientos, delegación de responsabilidades, normas y realizaciones. La eficiencia operativa de la función o área sometida a estudio, puede determinarse mediante una comparación de las condiciones vigentes, con las requeridas por los planes, políticas etc.

El pronunciamiento No. 7 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.

Alcance de las actividades

La auditoría de gestión puede ser de una función específica, un departamento o grupo de departamentos, una división o grupo de divisiones o de la empresa en su totalidad. Algunas auditorías abarcan una combinación de dos o más áreas. Por ejemplo, en el estudio del procedimiento de pedidos recibidos por el departamento de ventas, la investigación puede incluir en dicho departamento las diversas rutinas observadas para el procesamiento o trámite de la papelería y en el departamento de contabilidad, el procedimiento y cualidades del personal que aprueba el crédito del cliente. (Velásquez, 2013)

El campo de estudio puede abarcar la economía de la producción, incluyendo elementos tales como: especialización, simplificación, estandarización, diversificación, expansión, contracción e integración; también podría incluir los factores de producción. Por otra parte como en las áreas de examen entre otras, podrían comprender un estudio y evaluación de los métodos para pronosticar: programación del producto, costos de proyectos de ingeniería, estimación de los precios, comunicaciones, equipos y aplicaciones del procesamiento de datos, eficiencia administrativa, etc.

Los elementos en los métodos de administración y operación que exigen una constante vigilancia, análisis, y evaluación son los siguientes: planes y

objetivos, estructura orgánica, políticas y prácticas, sistemas y procedimientos, métodos de control, formas de operación y recursos materiales y humanos. El pronunciamiento No. 7 del Consejo Técnico de la Contaduría Pública ya citado plantea como áreas principales que integran una organización objeto de la auditoría de gestión las siguientes: (Velásquez, 2013)

Auditoría de la gestión del sistema global de la empresa:

- Evaluación de la posición competitiva
- Evaluación de la estructura organizativa
- Balance Social
- Evaluación del proceso de la dirección estratégica
- Evaluación de los cuadros directivos

Auditoría de la gestión del sistema comercial:

- Análisis de la estrategia comercial
- Oferta de bienes y servicios
- Sistema de distribución física
- Política de precios

Auditoría de la gestión del sistema financiero:

- Capital de trabajo
- Inversiones
- Financiación a largo plazo
- Planificación Financiera
- Área internacional

Auditoría de la gestión del sistema de producción:

- Diseño del sistema
- Programación de la producción

- Control de calidad
- Almacén e inventarios
- Productividad técnica y económica
- Diseño y desarrollo de productos

Auditoría de la gestión del sistema de recursos humanos:

- Productividad
- Clima laboral
- Políticas de promoción e incentivos
- Políticas de selección y formación
- Diseño de tareas y puestos de trabajo

Auditoría de la gestión de los sistemas administrativos:

- Análisis de proyectos y programas
- Auditoría de la función de procesamiento de datos
- Auditoría de procedimientos administrativos y formas de control interno en las áreas funcionales (Velásquez, 2013).

Indicadores de la auditoría de gestión:

Permiten medir la eficiencia, efectividad, productividad y calidad de los productos y resultados generados a través de los distintos procesos. En tanto se cuenta con un adecuado diseño, se podrá disponer de referentes que permitan en forma permanente evaluar y controlar el conjunto de acciones individuales y grupales. (CONTRALORÍA, 2013)

Según la (CONTRALORÍA, 2013) los indicadores de auditoría son necesarios para medir la eficacia que no es otra cosa que cumplir con los objetivos propuestos, la efectividad, el buen manejo de recursos, la productividad y la calidad de servicio que entrega una entidad.

3.5.1.2. Diagnóstico del objeto

El Hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano”, se encuentra ubicado en el Cantón Manta, con una extensión de 306 Km²; Sus límites son: Al Norte y Oeste: con el Océano Pacífico; Al Sur: con el Cantón Montecristi; y Al Este: con el Cantón Jaramijó. El Cantón Manta posee cinco parroquias urbanas: Manta, Tarqui, Los Esteros, Eloy Alfaro y San Mateo; y dos rurales: Santa Marianita y San Lorenzo. La actividad económica de esta ciudad está basada por la pesca, industria, el turismo y artesanías, siendo la pesca la principal. En la actualidad se está impulsando la concesión del Puerto marítimo Internacional además de tener un aeropuerto internacional, la falta de un sistema de alcantarillado, la contaminación de los Ríos con excretas y desechos químicos de muchas industrias así como la falta de agua, y carencia de otros servicios básicos hacen que Manta tenga muchos problemas de salud. (Pionce, 2014).

Este hospital se creó en base a lo establecido en el decreto 639 publicado en el registro oficial #10 del 2 de Julio 1.940, donde se autoriza la suscripción de un contrato del Ministerio de Finanzas y Salud Pública, para la construcción y reparación de Centros de Salud y Hospitales del País. Según información obtenida en el Hospital de Manta, se desprende que en el año de 1941, fue construido el Hospital por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en base de planos diseñados por el señor Juan Manuel Palma Vera. (Pionce, 2014)

Se designa al Hospital con el nombre del médico Quiteño Doctor Rafael Rodríguez Zambrano, quien fue el primer médico que llegó a Manta, en memoria y reconocimiento por sus relevantes servicios prestados en el campo de la salud en la ciudad de Manta, quien fallece en el año 1913, víctima de una peste bubónica. Con fecha 6 de agosto del año 1988, se inauguró el edificio que actualmente ocupamos, y que consta de cinco pisos funcionando hasta la presente fecha con más de 23 años. (Pionce, 2014)

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la población en el Cantón Manta, sin tomar en cuenta sus zonas de influencias, obtenidos en el año 1999, era 132.816, habitantes, incrementándose a 226.477 habitantes de acuerdo al último censo del año 2010. Existiendo por tanto un gran incremento en la demanda hospitalaria, considerando además que por más de 23 años, la ciudad de Manta, solo cuenta con este hospital del M.S.P, donde se han venido incrementando Áreas, Servicios y programas de acuerdo a las necesidades Institucionales, en virtud del aumento Poblacional y demanda social de la ciudad, sus áreas de influencia (población rural), el apareamiento de enfermedades endémicas y pandémicas, e implementación de programas por parte del MSP, a lo largo de los últimos veintitrés años. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

La consulta externa brinda atención desde 1998 con programas de fomento, prevención y recuperación de la salud, está estructurado por tener personal capacitado, médicos especialistas, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo. Dentro de los programas preventivos esta el PAI que aplica las normas del Ministerio de Salud Pública para inmunizar al menor de 5 años y mujeres embarazadas y edad fértil.

Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud

Visión

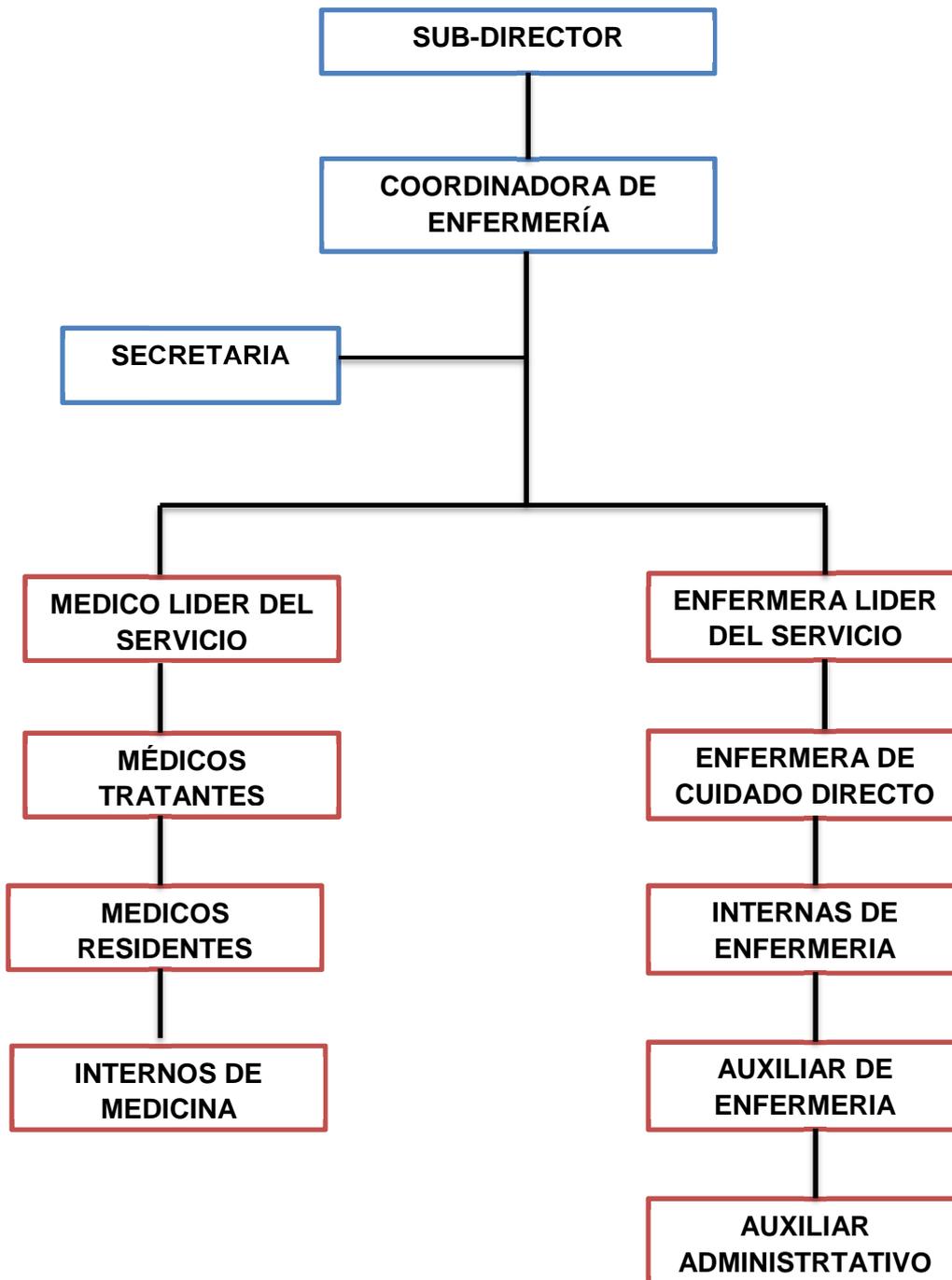
El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos

niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Valores

- **Respeto.-** Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión.-** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio.-** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- **Compromiso.-** Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.-** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.
- **Justicia.-** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad.-** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Organigrama organizacional



El Servicio de Consulta externa es uno de los más importantes por ser una de las puertas de entrada al Hospital, y que permite medir de forma inmediata el grado de satisfacción o insatisfacción del usuario, porque brinda atención

ambulatoria, de observación y en algunas ocasiones incluso de hospitalización, y por la demanda actual, los servicios de hospitalización se mantienen congestionados. Se encuentra distribuida de la siguiente forma:

- Observación adultos 9 camas
- Observación niños 7 camas
- Ucim 3 camas
- Consulta ambulatoria de adultos 3 shailong
- Consulta ambulatoria pediátricas 2 shailong
- Consultorio ginecológico 1 camilla ginecológica
- Área de curaciones 2 shailong
- Un solo Quirófano para cirugías limpias y contaminadas.

El servicio de emergencia brinda atención en las cuatro especialidades (Clínica, pediatría, cirugía y ginecología) durante las 24 horas. Se observa que se encuentra en etapa de ampliación y remodelación, pero solo de una pequeña parte, siendo imprescindible gestionar los recursos económicos para la ampliación y remodelación integra de dicha área. (Pionce, 2014)

Lavandería

En esta área las lavadoras, secadoras, y demás implementos datan del año 1988, encontrándose actualmente una sola lavadora en funcionamiento de tres existentes.

Alimentación

En esta área de igual forma existen utensilios que están inutilizables y otros funcionando a medias, tales como máquina de vapor que se encuentran en estado regular.

Primer piso

En este piso funcionan varias áreas y servicios tales como Laboratorio, Radiodiagnóstico, Centro Quirúrgico, La Unidad de Cuidados de Enfermería, Dirección Asistencial, y otros.

Segundo piso

En este piso funcionan las áreas de Gineco Obstetricia, Centro Obstétrico y Neonatología.

Tercer piso

En este piso funcionan las áreas de Cirugía, Traumatología y Cuidados Intensivos

Cuarto piso

En este piso funcionan las áreas de Medicina Interna e Infectología.

Quinto piso

En este piso funcionan las áreas de Pediatría y Unidad de Quemados.

Infraestructura y equipamiento

El Hospital Rodríguez Zambrano tiene una dimensión de 31.060 m² de superficie con una estructura de hormigón armado antisísmico de 5 pisos, con 220 camas funcionales, distribuidas en los siguientes servicios:

Gineco Obstetricia 50 camas; Pediatría 34 camas; Neonatología 16 camas, Medicina Interna e Infectología 50 camas; UCI 10 camas: Cirugía, Unidad de Quemados y Traumatología 60 camas. Además contamos con equipamiento básico de hospitales de segundo nivel. (Pionce, 2014)

La infraestructura del hospital actualmente resulta insuficiente frente a la crecimiento poblacional, lo que se evidencia en emergencia, consulta externa, y demás servicios médicos, cuya estructura física es reducida, existiendo proyecto de ampliación de la mismas que no han podido ejecutarse debido a factores financieros, considerando además la serie de adecuaciones en cuanto a infraestructura que se han realizado a lo largo del tiempo, a fin que puedan

funcionar varias áreas y servicios con programas implementados por el M.S.P, teniendo por ejemplo: Programa NAR, Programa HIV, departamento de Epidemiología, Sala de Primera Acogida de Violencia intrafamiliar, área de audiometría, etc, a tal punto que los actuales momentos nuestras instalaciones resultan pequeñas en relación al incremento de la demanda existente de acuerdo a los indicadores más claros e indiscutibles utilizados para medir el desarrollo de esta Unidad que sin duda sirve para la atención de calidad y calidez del usuario que acude a este establecimiento de salud.

Área administrativa

Las oficinas donde funciona el área administrativa es muy reducida, especialmente la UATH, Servicios Generales, Gestión Financiera y estadística, debido a la gran cantidad de archivos físicos que se manejan, tales como expedientes del personal del Hospital, documentación financiera, de administración y carpetas de historias clínicas, del área de estadísticas,

Central telefónica y TICS institucional.

Respecto a la Central telefónica de la Institución esta ha cumplido su tiempo de vida útil, la conectividad con la que se cuenta no es buena, debido al uso de teléfonos analógicos que no pueden ser reemplazados, falta de líneas internas y ninguna respuesta en caso de requerirse el uso de altoparlante para ubicación inmediata del Talento Humano o información a todos los servicios. Indicando que incluso varias áreas no cuentan con líneas telefónicas lo que dificulta la comunicación tan importante en los actuales momentos.

Con respecto al TIC,S, hay áreas que no tienen sistema informático y en otras el sistema no está conectado en red, debido a la falta de recursos económicos para implementar o mejorar el servicio, mismo que de igual forma dificulta la comunicación y el flujo de información, siendo necesario solicitar un informe

pormenorizado sobre este particular al responsable de dicha gestión, pero que lo enuncio de forma somera para su debido conocimiento.

Marco legal

<p>Acuerdos Internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución CD 45 R8, OPS/OMS, adopción de la iniciativa de Hospital Seguro. Art. 1. Literales a); b); y, c); y, Art. 2 letras a); b); y, c) • Consejo Directivo de la OPS/OMS, aprueban “Hospitales Seguros como indicador de reducción de la vulnerabilidad en el Sector salud” • CAPRADE 2002 - 2004, definen “Estrategia Andina, incorpora al sector Salud como una de sus metas de trabajo” • Resolución REMSA, Marzo 2005, Reunión de 6 Países en Chile en donde definen: “Plan estratégico de preparativos y atención de desastres 2005 – 2010”
<p>Constitución Política de la República del Ecuador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Título I. De los Principios Fundamentales. Artículo 2. “Preservar el crecimiento sustentable de la economía, y el desarrollo equilibrado y equitativo en beneficio colectivo”; “Defender el patrimonio natural y cultural del país y proteger el medio ambiente” • Título III. De los Derechos, Garantías y Deberes, Capítulo 5. De los Derechos Colectivos. Artículo 86: “El Estado protegerá el derecho de la población a vivir en un medio ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice un desarrollo sustentable. Velará para que este derecho no sea afectado y garantizará la preservación de la naturaleza” • Sección Cuarta, De la Salud, Art. 42, “El Estado

	<p>garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables, en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 44, “El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación: controlará su funcionamiento a las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la Ley, e impulsará el avance tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos”
Ley Orgánica de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ley No. 67 vigente, publicada en el Registro Oficial No. 423, del 22 de diciembre de 2006. Contiene 259 artículos, de los cuales se detallan a continuación aquellos que se relacionan hacia la Política y Programa del Hospital Seguro en el Ecuador para el desarrollo y fortalecimiento:
Capítulo VI, de los desastres	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 35, “La autoridad sanitaria nacional colaborará con los gobiernos seccionales y con los organismos competentes para integrar en el respectivo plan vigente el componente de salud en gestión de riesgos en emergencias y desastres, para prevenir, reducir y controlar los efectos de los desastres y fenómenos naturales y antrópicos”;

	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 36, “Los integrantes del Sistema Nacional de Salud implementarán, en colaboración con los organismos competentes, un sistema permanente y actualizado de información, capacitación y educación en gestión de riesgos en emergencias y desastres, con la participación de la sociedad en su conjunto”; • Art. 37, “Todas las instituciones y establecimientos públicos y privados de cualquier naturaleza, deberán contar con un plan de emergencias, mitigación y atención en casos de desastres, en concordancia con el plan formulado para el efecto”.
Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento	EL 25 de septiembre de 2002 se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud con la definición y aprobación de la “Política Nacional de Salud del Ecuador”
Ley de Seguridad Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Capítulo I. Art. 2.-“El Estado garantiza la supervivencia de la colectividad, la defensa del patrimonio nacional y la consecución y mantenimiento de los Objetivos Nacionales; y tiene la función primordial de fortalecer la unidad nacional, asegurar la vigencia de los derechos fundamentales del hombre y promover el progreso económico, social y cultural de sus habitantes, contrarrestando los factores adversos internos y externos, por medio de previsiones y acciones políticas económicas, sociales y militares”.

3.5.1.2.1. Protocolos

Protocolo de preparación de usuarios/as en consulta externa en adulto

Definición

Conjunto de actividades que se aplican de forma individualizada al usuario/a y familia a su llegada a la Unidad.

Objetivo

Proporcionar los conocimientos necesarios para:

- Integrar al usuario/a y familia en el medio hospitalario, facilitando la información adecuada para reducir su ansiedad.
- Identificar las necesidades alteradas en el usuario/a a fin de planificar las intervenciones enfermeras.

Recursos humanos

- Licenciada de Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Estudiantes de enfermería

Recursos materiales

- Balanza con tallímetro
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Termómetros

Intervenciones de enfermería

1. Limpiar y ordenar diariamente el área de trabajo.
2. Llamar y recibir al usuario/a por su nombre para la atención médica.
3. Salude cordialmente al usuario/a y prepárelo para la revisión médica.
4. Pregunte al usuario/a si se siente cómodo o tiene alguna inquietud.

5. Lávese antes y después de cada preparación de acuerdo al protocolo
6. Responda las inquietudes que presente al usuario
7. Explique el procedimiento al usuario/a
8. Dar apoyo emocional al usuario/a
9. Tomar signos vitales de acuerdo a protocolos
10. Informe al usuario/a que médico le realizara la consulta y en que consultorio

Registros

Registrar en los formularios respectivos los signos vitales y datos antropométricos

Estándar de evaluación del protocolo de preparación de adultos en el area de consulta externa

DESCRIPCIÓN	SI	NO
▪ Limpiar y ordenar diariamente el área de trabajo		
▪ Llamar y recibir al usuario/a por su nombre para la atención médica		
▪ Saluda cordialmente al usuario/a y prepárelo para la revisión médica		
▪ Pregunte al usuario/a si se siente cómodo o tiene alguna inquietud		
▪ Lávese antes y después de cada preparación de acuerdo al protocolo		
▪ Responda las inquietudes que presente al usuario/a		
▪ Explique el procedimiento al usuario/a		
▪ Dar apoyo emocional al usuario/a		
▪ Tomar signos vitales de acuerdo a protocolos		
▪ Informe al usuario/a que médico le realizara la consulta y en que consultorio		

Formula

$$\frac{\text{Total.de.lineas.de.acción.realizadas}}{\text{Total.de.líneas.de.acción.programada}} \times 100$$

ESTÁNDAR: Mayor del 98% se considera aprobado cuyo resultado será igual o mayor al 98%.

Protocolo de preparación de usuarios/as en consulta externa en niños

Definición

Conjunto de actividades que se aplican de forma individualizada al usuario/a y familia a su llegada a la Unidad.

Objetivo

Proporcionar los conocimientos necesarios para:

- Integrar al usuario/a y familia en el medio hospitalario, facilitando la información adecuada para reducir su ansiedad.
- Identificar las necesidades alteradas en el usuario/a a fin de planificar las intervenciones enfermeras.

Recursos humanos

- Licenciada de Enfermería
- Auxiliar de Enfermería
- Estudiantes de enfermería

Recursos materiales

- Balanza con tallímetro
- Bascula
- Cinta métrica
- Termómetros

Intervenciones de enfermería

1. Limpiar y ordenar diariamente el área de trabajo.
2. Llamar y recibir al usuario/a por su nombre para la atención médica.
3. Saludar cordialmente al usuario/a y prepararlo para la revisión médica.

4. Lávese antes y después de cada preparación de acuerdo al protocolo
5. Responda las inquietudes que presente al usuario
6. Explique el procedimiento al usuario/a
7. Dar apoyo emocional al usuario/a
8. Tomar signos vitales de acuerdo a protocolos
9. Informe a la madre que médico le realizara la consulta y en que consultorio

Registros

Registrar en los formularios respectivos los signos vitales y datos antropométricos

Estándar de evaluación del protocolo de preparación de niños en el area de consulta externa

DESCRIPCIÓN	SI	NO
▪ Limpiar y ordenar diariamente el área de trabajo		
▪ Llamar y recibir al usuario/a por su nombre para la atención médica		
▪ Saluda cordialmente al usuario/a y prepárelo para la revisión médica		
▪ Lávese antes y después de cada preparación de acuerdo al protocolo		
▪ Responda las inquietudes que presente al usuario/a		
▪ Explique el procedimiento al usuario/a		
▪ Dar apoyo emocional al usuario/a		
▪ Tomar signos vitales de acuerdo a protocolos		
▪ Informe al usuario/a que médico le realizara la consulta y en que consultorio		

FORMULA

$$\frac{\text{Total.de.lineas.de.acción.realizadas}}{\text{Total.de.líneas.de.acción.programada}} \times 100$$

ESTÁNDAR

Mayor del 98% se considera aprobado cuyo resultado será igual o mayor al 98%.

Protocolo de atención de enfermería en toma de signos vitales

Definición

Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo y son útiles para detectar anomalías de salud que corresponden a temperatura, pulso, presión arterial y respiración.

Objetivo

- Detectar complicaciones de las constantes vitales
- Mejorar el estado de salud del usuario/a
- Proporcionar los cuidados de enfermería eficazmente

Registro

Registrar en el formulario respectivo con fecha, hora y persona responsable utilizando el color de esfero según normas establecidas.

Estándar de evaluación del protocolo de constantes vitales en el area de consulta externa

DESCRIPCIÓN	SI	NO
▪ Se lava las manos antes y después de realizar el procedimiento.		
▪ Llevar el charol a la unidad del usuario/a.		
▪ Explicar al usuario/a el procedimiento a realizar.		
▪ Identificara al usuario/a por sus nombres y apellidos.		
▪ Permanecer junto al usuario/a mientras dure el procedimiento.		
▪ Controla la temperatura de acuerdo a las normas del M.S.P		
▪ Realiza la lectura inmediatamente luego de la desinfección del termómetro y lo coloca en el		

recipiente respectivo		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar medios físicos según resultados obtenidos 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controla el pulso de acuerdo a las normas del M.S.P. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata de tranquilizar a la usuaria para que el resultado no sea falso. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elige el sitio más adecuado para la usuaria y de la persona que realiza el control 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registra e informa las novedades encontradas, tanto verbal como escrita. 		
DESCRIPCIÓN	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigila al usuario de constantes alteraciones 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controla la presión arterial según normas del M.S.P. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpia con torundas húmedas los auriculares y diafragma 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica la cifra tanto la presión sistólica y/o diastólica 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanecer junto al usuario/a mientras toma las constantes vitales 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valora la tranquilidad del usuario y trata de distraerlo para obtener un resultado confiable al tomar la frecuencia respiratoria aplicando las normas del Ministerio de Salud Pública. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educa a la usuaria y familiares si las condiciones clínicas lo permitieran 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deja la usuaria en posición cómoda. 		

DEFINICION: Porcentaje de línea de acción realizada del protocolo con respecto al total de línea de acción del proceso de aplicación.

FORMULA

$$\frac{\text{Total.de.lineas.de.acción.realizadas}}{\text{Total.de.líneas.de.acción.programada}} \times 100$$

ESTÁNDAR

Mayor del 98% se considera aprobado cuyo resultado será igual o mayor al 98%.

3.5.1.2.2. Procesos de Gestión de Calidad

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		
	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO	DOCUMENTOS DE SISTEMA DE GESTIÓN	CODIGO: 001
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS**

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		
	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	CODIGO: 002
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		
	PROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
	PROCEDIMIENTO	SATISFACCIÓN AL USUARIO	CODIGO: 003
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **ENTREGA DE TURNOS**

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		
	PROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
	PROCEDIMIENTO	ENTREGA DE TURNOS	CODIGO: 004
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO"		
	PROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
	PROCEDIMIENTO	REVISIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	CODIGO: 005
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **AUDITORIA INTERNA REFERENTE A LA GESTIÓN DE CALIDAD**

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<i>HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO</i>		
	<i>PROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO</i>		
	<i>PROCEDIMIENTO</i>	<i>AUDITORIA INTERNA</i>	<i>CODIGO: 006</i>
	<i>FECHA:</i>		
	<i>RESPONSABLE:</i>		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

✓ **ACCIONES CORRECTIVAS**

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL "RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO		
	PROCESO: SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
	PROCEDIMIENTO	ACCIONES CORRECTIVAS	CODIGO: 007
	FECHA:		
	RESPONSABLE:		

Fuente: Hospital Rodríguez Zambrano

Elaborado por: Fabián Flores

3.5.1.3. Análisis del deber ser el objeto

De acuerdo a los resultados presentados en el siguiente capítulo se realiza la propuesta basada en Acciones para mejorar la atención de acuerdo a los resultados del informe de auditoría realizado al área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

3.5.1.4. Propuesta de la factibilidad práctica

Título de la propuesta

Programa de auditoria realizado al área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

Presentación

Se realizó una auditoría de gestión de acuerdo a los resultados mediante encuesta al personal de consulta externa donde se determinó, análisis de causa y efecto, donde se han determinado los diferentes problemas que existen en el área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, entre estos se encuentran falta de calidad de atención en la entrega oportuna de turnos, el personal administrativo no se encuentra capacitado para manejar programas, falta de personal médico y de enfermería, falta de una auditoria, poca comunicación interna entre el personal y gerente de la institución, lo que conlleva a que se proponga un sistema de auditoría de gestión; en lo referente a la infraestructura por motivos del terremoto se anexa normas de capacitación en seguridad al paciente.

Objetivo de la propuesta

Realizar un programa de auditoria de gestión con su respectiva matriz de recomendación para el área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

Justificación de la propuesta

La incorporación de una matriz de recomendación de auditoría de gestión debe partir de la buena gerencia y la administración de la misma en donde se enfoque el proceso basándose en estrategias en la identificación, entrenamiento y consolidación del talento humano del Servicio de Consulta Externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, el mismo que debe adaptarse a la realidad que presenta el servicio de acuerdo a los problemas, situaciones, objetivos y recursos.

Descripción de la propuesta y cronograma de implementación

La propuesta se basó en los siguientes aspectos:

- ✓ Planificación
- ✓ Evaluación del control interno
- ✓ Medición de riesgos
- ✓ Programación
- ✓ Aplicación de procedimientos y técnicas de auditoría
- ✓ Comunicación de resultados
- ✓ Seguimiento y monitoreo
- ✓ Elaboración de Informe

Impactos de la propuesta

Impacto social: El análisis profundo y sistemático del ambiente en el cual funciona la organización se recomienda teniendo en consideración de que las organizaciones hospitalarias específicamente el área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta, por su complejidad, son siempre más inflexibles y lentas que los cambios de valores externos. “Desde su inicio (1998) hasta la presente fecha en el área de consulta externa se ejecutan diferentes programas como:

- Programa dirigido a poblaciones: madres, niños, trabajadores, edad avanzada, incapacitados.
- Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, y otros.
- Programa para la prevención, protección, control de enfermedades y educación para la salud."

Impacto ambiental: el área de consulta externa no cuenta con el suficiente personal de enfermería, como también la escasez de consultorios y espacios reducidos para la atención; no se considera como riesgo al ambiente la investigación descrita.

Impacto político institucional y capacitación y aprendizaje: Datos que orienta 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 basada en lo que se desea crecer y desarrollarse con una evolución positiva hacia el futuro.

Tabla 1: Cronograma

ACTIVIDADES	2016																							
	JULIO				AGOST				SEP				OCT				NOV				DIC			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planificación	x	x	x	x																				
Evaluación del control interno					x	x	x	x	x															
Medición de riesgos									x	x	x	x												
Programación													x	x										
Aplicación de procedimientos y técnicas de auditoría																					x	x	x	
Comunicación de resultados																					x	x	x	
Seguimiento y monitoreo																							x	x
Elaboración de informe																								x

Elaborado por: Autor de la investigación

1) Planificación

La Auditoría de Gestión al Área de Consulta Externa del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, se realizó de acuerdo a la optimización de los recursos en actividades operacionales, modelos de operación, mejoramiento de la eficiencia, eficacia y economía de su funcionamiento, y el logro de los objetivos previstos.

Objetivos del Examen: General y Específicos

General:

Realizar la Auditoría de Gestión al Área de Consulta Externa, con el propósito de medir el desempeño de sus procesos administrativos y logros alcanzados, para facilitar la toma de decisiones por los responsables de adoptar acciones preventivas, correctivas, y mejorarlas oportunamente mediante la determinación de comentarios, conclusiones y recomendaciones sobre las deficiencias detectadas.

Específicos:

- Emitir una opinión respecto al cumplimiento de las metas y objetivos del Área de Consulta Externa, a fin de determinar si estos coadyuvan al cumplimiento de la Misión de la Institución.
- Verificar si los Directivos han realizado evaluaciones periódicas sobre el rendimiento y medición de desempeño de los profesionales médicos, a fin de garantizar la calidad del servicio médico en un óptimo ambiente laboral.
- Verificar si la infraestructura instalada, los recursos humanos, técnicos y de apoyo, así como los insumos médicos, fármacos, suministros y materiales son utilizados en forma adecuada y en las actividades propias de la Institución.

Objetivos de la Institución

- Fortalecer el servicio de sanidad del Hospital, con infraestructura adecuada, equipo médico, medicinas e insumos suficientes.
- Desarrollar la imagen del Hospital brindando atención médica eficiente con personal médico y administrativo capacitado, alcanzando estándares de excelencia y satisfacción al cliente.
- Disponer de personal preparado y motivado con capacidad para el cumplimiento de las misiones asignadas.
- Optimizar la administración y el empleo de los recursos institucionales con una administración financiera transparente, ágil y efectiva.

Objetivos Específicos de la Unidad, Área o Departamento

- Proporcionar atención médica integral, efectiva, oportuna, segura y satisfactoria a los pacientes según la planificación establecida.

La auditoría se realiza de manera general, iniciando con una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma, en donde se validan aspectos como: recepción del paciente, verificación de derechos y deberes, explicación del proceso a realizar, incluido el consentimiento informado, documentación diligenciada, remisión y salida. Finalmente se hacen algunos comentarios de orientación, recomendación y acciones a realizar (de ser necesario).

El alcance de esta auditoría es el servicio de Consulta Externa, incluidos los estándares de Mejoramiento Continuo de la Calidad que le sean aplicables, en especial los Estándares de Habilitación y Acreditación en Salud.

2) Evaluación del control interno

Al encontrarse el área de Consulta Externa con daños en su infraestructura (mampostería, paredes, cielo raso, etc), ésta área se trasladó a la zona de seguridad delimitada para eventos adversos (parqueadero); para lo cual y a fin de brindar atención médica a nuestros usuarios, se activó una Carpa para que funcione seis consultorios médicos; sin embargo, estas carpas, además de generar calor se convierte en un lugar no propicio para la atención adecuada a los usuarios.

Ante esta situación, la empresa estatal Petroamazonas facilitó en calidad de préstamo 3 CAMPERS para que funciones adecuadamente estos consultorios con baño en cada consultorio y climatización, motivo por el cual y a fin de operativizar estos campers, se solicitó el apoyo interinstitucional para que doten del sistema de evacuación hidrosanitaria y abastecimiento de agua potable para el funcionamiento de los mismos, siendo necesario cubrir una distancia aproximada de 120 metros lineales de instalación hidrosanitaria.

Debido a la imposibilidad de ocupación de las instalaciones del edificio, una vez controlada la situación se definen estrategias para la atención en salud a los usuarios del territorio; esta redistribución de espacios provocó la reducción del número de camas, además de trasladar servicios a otras instalaciones para que el talento humano disponible pueda cumplir con el trabajo encomendado según su especialidad.

Para realizar el Registro de Atención se acude al Servicio de Admisión y Registro manejado por un una persona, la cual es la encargada del registro y la entrega de los respectivos turnos, se cuenta con el equipo de computación necesario y la seguridad adecuada para manejar adecuadamente la entrega de turnos.

En la parte derecha de la entrada se encuentra ubicada una pequeña sala de espera para los pacientes, antes de ser llamados de acuerdo a su turno. Para la atención de Especialidades el proceso está claramente definido en el Manual de Procedimientos, una vez que se obtiene el turno se acude al servicio de estadística y archivo para el registro y la toma de signos vitales a los pacientes, el cual mantiene el instrumental necesario para su diagnóstico: estetoscopios, fonendoscopios, pesas y tallímetros; equipo médico indispensable: sheylones, camillas, sillas móviles, en este servicio permanecen el personal de enfermería.

El sitio asignado para el archivo de las historias clínicas es restringido con acceso limitado, está organizado en estanterías, en las cuales se encuentran ubicadas las historias clínicas, ordenadas numéricamente, el espacio físico es adecuado para el número de historias que se mantienen y que se incrementan constantemente, cuya permanencia es de 5 años, facilitando su manipulación, localización, conservación y custodia, garantizando así su integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información de en ellas se registra.

La distribución de los consultorios está organizada por especialidades, que por el momento existen cuatro básicas:

- Cirugía General.
- Ginecología.
- Medicina Interna.
- Pediatría.

El personal médico y administrativo mantiene su presentación personal en condiciones adecuadas, los profesionales de la salud poseen una identificación visible en su uniforme. Todos se encontraban trabajando según el respectivo horario, estaba registrada su firma en el reporte de asistencia diario.

Tabla 2: Evaluación control interno ambiente control

COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

**SUBCOMPONENTE: ÁREA DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DEL CANTÓN
MANTA**

N ^a	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿La Estructura Organizacional del Hospital está acorde con la Misión institucional?	x		
2	¿La cantidad de camillas existentes satisfacen la demanda de usuarios?		x	
3	¿Se cumple estrictamente con las Normas Internas y reglamentos?	x		
4	¿Se capacita constantemente al personal?	x		
5	¿Hay motivación del personal en el trabajo que desempeña?	x		
	TOTAL	4	1	

Fuente: Encuesta realizada Gerente del Hospital

Elaborado: Fabián Flores

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	100%

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 4 * 100 / 5$$

$$NC = 400 / 5$$

$$NC = 80\%$$

Enfoque de auditoría

El Nivel de confianza es alto porque corresponde al 80% lo que significa que hay un Nivel de Riesgo Bajo, no obstante al resultado debe tomarse correctivos necesarios al riesgo bajo que existe.

3) Medición de riesgos

Al realizar la visita a las instalaciones de la consulta externa y realizar las encuestas a los usuarios se pudo determinar que su Riesgo Inherente corresponde al 25%, por las propias actividades de la Institución, considerando que:

- En el Área de Consulta Externa se manejan únicamente dos procesos, lo que facilita la identificación de procedimientos, los cuales si se encuentran establecidos en los Manuales respectivos.
- No se considera las necesidades expuestas por los usuarios que acuden a la consulta, es decir no se da solución a los problemas de la bitácora.
- El manejo administrativo presenta ciertas falencias en cuanto al control de las historias clínicas.

Es importante mencionar que no se esta considerando los daños ocasionados por el terremoto porque se trata de un fenómeno natural, pero se menciona que es necesario arreglar y pintar toda la parte interna de la planta baja, que comprende en su mayoría pasillos de acceso a consulta externa, área administrativa, alimentación, mantenimiento, estadística y otras áreas, ya que presenta deterioro en la mayoría de sus paredes, además de mampostería, por lo que se recomienda, la colocación de cerámica en las paredes hasta una altura promedio de 1,80 metros.

Tabla 3: Evaluación de riesgo

COMPONENTE: MEDICIÓN DE RIESGO

**SUBCOMPONENTE: ÁREA DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DEL CANTÓN
MANTA**

N ^a	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Existe un Plan Operativo (POA)?	x		
2	¿Consta un Inventario de Riesgo en el Área de Consulta Externa?	x		
3	¿Existe un responsable de la bitácora de Riesgos?	x		
4	¿Se da solución a los problemas de la bitácora?		x	
	TOTAL	3	1	

Fuente: Encuesta realizada Gerente del Hospital

Elaborado: Fabián Flores

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIESGO

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

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 3 * 100 / 4$$

$$NC = 300 / 4$$

$$NC = 75\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es medio porque corresponde al 75% lo que significa que hay un Nivel de Riesgo también medio, es necesario de acuerdo al resultado que debe tomarse correctivos necesarios.

4) Programación

La frecuencia de estas Auditorias es cuatrimestral soportada con un programa que contiene los criterios, las responsabilidades, el alcance, la duración y la frecuencia el cual se organiza en un cronograma de Visitas, que se llevaran a cabo a través de una notificación previa, aunque pueden realizarse otras sin previo aviso si existe el caso.

Donde se espera lo siguiente:

1. Oportunidad en la asignación de citas
2. Oportunidad en la atención
3. Productividad del servicio
4. Rendimiento del servicio
5. Rendimiento por cada profesional
6. Ausentismo por cada profesional
7. Pertinencia de la atención por cada profesional
8. Cumplimiento de diligenciamiento de historias clínicas
9. Cumplimiento de protocolos según procedimiento institucional definido
10. Registro de N ° de ecografías
11. Diligenciamiento de registros del sistema de referencia y contrarreferencia
12. Remisiones al segundo nivel
13. Remisiones para atención del parto
14. Registro de No atenciones de pacientes
15. Evaluación de satisfacción del usuario
16. Diligenciamiento de registros informes semanales y mensuales

La programación diaria de los turnos consiste en la elaboración de un registro a través del cual se definen estructuras para la atención según las diferentes especialidades médicas, considerando la disponibilidad de recursos

como lo son: personal médico y paramédico, tiempo, espacio físico, para la atención oportuna en el Área de Consulta Externa, cuyo responsable es el Jefe de la misma. La programación está establecida según la estimación promedio de atenciones diarias que corresponde a 65 personas, máximo se deben dar 80 turnos por todas las especialidades, cuya duración promedio debe ser de 15 minutos por paciente, son 10 especialidades y cada una cuenta con el personal médico necesario. Existen algunos casos de retraso para la atención a los pacientes con turno por ciertas preferencias.

5) Aplicación de procedimientos y técnicas de auditoría

Se realizó la revisión de los procesos administrativos y operativos, analizando el conjunto de actividades integradas continuas que se ejecutan con el fin de ofrecer servicios médicos de calidad, para así examinar la diferencia entre las acciones ejecutadas y las acciones observadas. Se identificó ocho procedimientos que el proceso de Registro de Atención mantiene, los cuales se inician con la solicitud del turno por el paciente, se verifica si es nuevo o antiguo, se recepta la tarjeta de identificación o cédula de identidad, para luego asignar el turno si dispone de historia clínica, caso contrario se la abre, se procede a ingresar los datos del paciente para facturar la consulta y recaudar el valor de la misma.

Luego se realizó la revisión de los procesos administrativos y operativos que constan en el Manual de Procedimientos, éste representa una guía metodológica y una herramienta que permite a las distintas áreas organizacionales, de manera efectiva, sencilla y práctica operar las diferentes actividades, con información consistente, necesaria y suficiente para facilitar su comprensión, contiene el detalle de cada procedimiento y su respectivo esquema gráfico de apoyo referencial.

Se tomó la muestra de un día, para establecer si en éste se puede identificar la documentación que sustenta el registro cuantitativo y cualitativo

interrelacionado que se almacenan de manera integrada en el sistema informático, el cual si respalda el proceso de registro de la información de los pacientes, tiene varias aplicaciones de procesamiento que permite incluir datos nuevos o modificar los existentes, eliminando toda posibilidad de redundancia e inconsistencias; facilita compartir la información y mejorar los controles sobre la misma; detalla el número de pacientes atendidos en el día según la especialidad, el nombre del médico especialista con las respectivas codificaciones, no presentan alteraciones ni modificaciones injustificadas. Se encuentra la base de datos actualizada a la fecha de la revisión; se observa que existe el programa pero no se cumple con llenar el registro diario de usuarios atendidos.

Se tomó la muestra de un día, para establecer si las historias clínicas presentan su información completa y actualizada, ya que son documentos privados, obligatorios y sometidos a reserva, en las cuales se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Los profesionales de la salud si registran la identificación del paciente, sus observaciones, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas, de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se la realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. En la parte externa de la historia clínica se registra el nombre completo del paciente y su categoría, con la respectiva numeración.

El contenido para la identificación del usuario es: nombres completos, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, fecha de inscripción, cédula de identidad, ocupación, No. de afiliación al IESS, residencia habitual, teléfono y referencia de un familiar. La estructura contiene: motivo de la consulta, enfermedad actual, antecedentes médicos, familiares y sociales, exámenes físicos realizados, diagnóstico, conducta terapéutica, tratamiento, medicación, exámenes y procedimientos médicos. También mantienen anexos como: documentos que

sirven de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos especiales, registros de referencias y contra referencias efectuadas, abandono de tratamientos, autorización de donación de órganos, entre otros.

Las historias clínicas reúnen las características de: integridad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad del registro de la información, la cual debe ser anotada de forma pormenorizada, diligente y veraz. El control permanente del ingreso y salida de las historias clínicas del sitio de su archivo se dificulta en la transferencia por servicios.

El espacio físico es adecuado para el número de historias que se mantienen y que se incrementan constantemente, cuya permanencia es de 5 años, facilitando su manipulación, localización, conservación y custodia, garantizando así su integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información de en ellas se registra.

El Área de Consulta Externa está subutilizada según el horario de funcionamiento en la producción y rendimiento de los servicios médicos de especialidad, ya que se debería atender a un máximo de 80 pacientes y no un promedio de 40, con un tiempo de duración por consulta de 15 minutos de acuerdo a la Norma de Parámetros Internacionales de Atención Médica, lo que representa que únicamente se atiende al 50% de usuarios del total de atenciones médicas que la disponibilidad de recursos está en condiciones de generar, representando un porcentaje medio de efectividad, eficiencia y economía en el número de prestaciones de los servicios médicos.

Tabla 4: Actividades de control

**COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL
SUBCOMPONENTE: ÁREA DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DEL CANTÓN
MANTA**

Nª	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿En su área se lleva control de la documentación que es recibida y entregada?	x		
2	¿Existen políticas y procedimientos para la buena atención al usuario del área?	x		
3	¿Se aplican las políticas y procedimientos de la atención al usuario del área?		x	
4	¿Existe un formato específico para registro diario de usuarios del área?	x		
5	¿Se cumple con llenar el registro diario de usuarios atendidos?		x	
6	¿Controlan la entrega de tiques a los usuarios del área?	x		
7	¿Se preocupan de indicar al usuario que médico le realizara la consulta y en que consultorio?	x		
	TOTAL	5	2	

Fuente: Encuesta realizada Gerente del Hospital

Elaborado: Fabián Flores

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIEZGO

Calificación porcentual	Nivel de Confianza	Nivel de Riesgo	Resultado
15-50	Bajo	Alta	
51-75	Medio	Medio	71,43%
76-95	Alto	Bajo	

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 5 * 100 / 7$$

$$NC = 500 / 7$$

$$NC = 71,43\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

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

6) Comunicación de resultados

Informe final de auditoria al área de atención consulta externa del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano del cantón Manta

Introducción y antecedentes

El Hospital Rodríguez Zambrano se creó en base a lo establecido en el decreto 639 publicado en el registro oficial # 10 del 2 de Julio 1.940, donde se autoriza la suscripción de un contrato del Ministerio de Finanzas y Salud Pública, para la construcción y reparación de Centros de Salud y Hospitales del País. Según información obtenida en el Hospital de Manta, se desprende que en el año de 1941, fue construido el Hospital por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en base de planos diseñados por el señor Juan Manuel Palma Vera. Se designa al Hospital con el nombre del médico Quiteño Doctor Rafael Rodríguez Zambrano, quien fue el primer médico que llegó a Manta, en memoria y reconocimiento por sus relevantes servicios prestados en el campo de la salud en la ciudad de Manta.

Finalidad

La finalidad del proyecto fue realizar una auditoría de gestión al área de atención consulta externa del hospital "Rafael Rodríguez Zambrano del Cantón Manta.

Metodología

Los métodos utilizados para la realización del trabajo fueron basados en la Constitución Política de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Salud, Capítulo VI, de los desastres, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, Ley de Seguridad Nacional, para que dicho trabajo tenga la validación correspondiente.

Alcance

El trabajo de investigación científica fue direccionada al área de atención consulta externa del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano del Cantón Manta.

Valoración de hallazgos relevantes.

PROBLEMA	CRITERIO	CONCLUSION	RECOMENDACIONES
NO SE ESTÁ DANDO SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS DE LA BITÁCORA	Deben solucionarse los problemas con la bitácora de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud debe cumplirse con la Normas y el Reglamento de Salud pública	Se debe realizar seguimiento y solución a novedades de la bitácora para cumplir con lo establecido en las Normas del Hospital.	Al Gerente del Área para que se realice seguimiento y solución a novedades de la bitácora a través de personal capacitado
NO APLICAN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL ÁREA	Falta de capacitación sobre relaciones humanas por ende hay poco interés en la atención a Usuarios	Incentivar al personal para que las políticas y procedimientos de la atención al usuario se cumplan	Al Jefe departamental del Área tomar medidas para que se solucione el problema.
NO SE CUMPLE CON LLENAR EL REGISTRO DIARIO DE USUARIOS ATENDIDOS	Por la alta demanda de usuarios no se lleva el control diario de registro, haciendo de eso una falencia.	Implementar un sistema de supervisión con enfoque al buen control	Al Gerente del Área consulta externa
FALTA DE MONITOREO AL NÚMERO DE PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA	Aunque haya alta demanda de usuarios no se puede dejar de monitorear a pacientes de la consulta externa	Implantar un programa sostenido y permanente de monitoreo a los pacientes que se atienden en el área	A las autoridades correspondientes del Área consulta externa, ordenar a quien corresponda y de ser necesario capacitar a alguien para dicho control.

Tabla 5: Información y comunicación

**COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
SUBCOMPONENTE: ÁREA DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DEL CANTÓN
MANTA**

N ^a	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿El Plan Operativo (POA) es socializado entre todo el personal del área?	x			
2	¿Las Normas Internas y reglamentos del área de consulta externa son revisados periódicamente?	x			
3	¿Existen centros de comunicación?	x			
4	¿Se informa de manera oportuna los cambios sobre el área de consulta externa?	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	6	1		

Fuente: Encuesta realizada Gerente del Hospital

Elaborado: Fabián Flores

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	80%

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 6 * 100 / 7$$

$$NC = 600 / 7$$

$$NC = 85,71\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es alto corresponde al 85,71% determinando un Nivel de Riesgo bajo, debiéndose determinar correcciones de acuerdo al riesgo bajo.

7) Seguimiento y monitoreo

La gestión de la calidad es un aspecto operacional de la garantía de la calidad. Si se enfatiza el seguimiento y monitoreo, se constituye en una estrategia de aseguramiento, de tal manera que el aseguramiento sería el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente, con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad.

Si se enfatiza el desarrollo y el cambio organizacional junto con el monitoreo, aparece la estrategia de calidad total y el mejoramiento continuo, que impulsa la participación de todos los miembros de la empresa en los cambios, mediante el trabajo en equipo con técnicas de identificación y solución de problemas. El sistema de garantía de calidad en los prestadores de servicios de salud tiene algunas características propias, algunas de ellas son las siguientes:

- ✓ Cumplimiento de requisitos mínimos
- ✓ Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad
- ✓ Desarrollo de un sistema de información
- ✓ Procesos de auditoría médica
- ✓ Procesos para evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

El sistema de seguimiento y monitoreo constituye un método planificado garantizado y continuo para medir monitorear y mejorar la calidad con le fin de incrementar los beneficios y evitar riesgos par ala población a partir de los recursos existentes. El sistema debe cubrir el servicio de salud de manera integral en promoción, prevención y atención y debe incluir acciones coordinadas de todos los programas.

Tabla 6: Monitoreo

COMPONENTE: MONITOREO

**SUBCOMPONENTE: ÁREA DE ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DEL CANTÓN
MANTA**

N ^a	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Se cuenta con los recursos económicos y tiempo para llevar a cabo las actividades?	x			
2	¿Es viable el plan de trabajo?	x			
3	¿El proyecto tiene la capacidad interna para cumplir con lo establecido en el cronograma?		x		
4	¿Se cumplirá con el monitoreo trimestral?	x			
5	¿Se supervisa de manera periódica la investigación?	x			
	TOTAL	4	0		

Fuente: Encuesta realizada Gerente del Hospital

Elaborado: Fabián Flores

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	85,71%

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 6 * 100 / 7$$

$$NC = 600 / 7$$

$$NC = 85,71\%$$

ENFOQUE DE AUDITORÍA

El Nivel de confianza es alto corresponde al 85,71% determinando un Nivel de Riesgo bajo, debiéndose determinar correcciones.

8) Elaboración de informe

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Se está iniciando procesos de optimización de la atención en la Consulta Externa, se hace necesario mantener la dinámica y el direccionamiento tanto hacia la consecución del mejoramiento institucional como a la satisfacción de todas las necesidades de los usuarios internos y externos del servicio. Esta gestión organizacional está basada en el liderazgo de la planificación operativa de los procesos y subprocesos de organización, dirección, control y evaluación de las actividades del equipo de trabajo sustentado en el análisis crítico de todas las necesidades detectadas para plantear nuevas alternativas de solución.

En base a la evaluación de resultados del POA del año 2015 (ver anexos) se hizo necesario mantener y mejorar los procesos de atención técnicamente planificados a fin de ser ejecutados y evaluados racionalmente.

Objetivo general

Lograr mediante las acciones de salud una buena calidad de atención con eficacia y eficiencia por parte del cliente interno que labora en la consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano.

Objetivos específicos:

- ✓ Mejorar la calidad y calidez de atención al usuario, familia y comunidad.
- ✓ Brindar educación al usuario interno y externo.
- ✓ Mejorar las condiciones ambientales y físicas del servicio de consulta externa.
- ✓ Mantener y mejorar la red de contactos internos y externos.

Alcance

El alcance de esta auditoría es el servicio de Consulta Externa, incluidos los estándares de Mejoramiento Continuo de la Calidad que le sean aplicables, en especial los Estándares de Habilitación y Acreditación en Salud.

Metodología

La auditoría se realiza de manera general, iniciando con una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma, en donde se validan aspectos como: recepción del paciente, verificación de derechos y deberes, explicación del proceso a realizar, incluido el consentimiento informado, documentación diligenciada, remisión y salida. Finalmente se hacen algunos comentarios de orientación, recomendación y acciones a realizar (de ser necesario).

Aspectos Relevantes

Estos aspectos se refieren a: Oportunidad en la atención del paciente, Pertinencia del proceso o tratamiento, respeto por las condiciones de privacidad e intimidad del paciente, facturación del proceso, diligenciamiento de los documentos o registros asistenciales y asesoría farmacológica, entre otros.

Metas:

- ✓ Mejorar los procesos de atención del equipo de salud y procedimientos administrativos para la admisión del 100% de usuarios de la Consulta Externa.
- ✓ Elaborar y ejecutar el plan de capacitación de talentos humanos aplicarse de julio a diciembre del 2015.

- ✓ Elaborar y ejecutar un plan de información institucional y charlas educativas al usuario.
- ✓ Mejorar la dotación de materiales y equipamiento de trabajo.
- ✓ Aplicar normas de capacitación en seguridad al paciente.

Evaluación:

Será anual y se comunicará a la Coordinadora de la Gestión previa monitorización y/o seguimiento de las acciones programadas en el cronograma respectivo. Se efectuarán también sondeos de opinión mediante un buzón de sugerencias, entrevistas y encuestas para comprobar la funcionalidad de los Recursos y de los Talentos Humanos.

Aspectos a Mejorar

En el servicio de Consulta Externa Medica se debe mejorar aspectos relacionados con: procurar por todos los medios posibles, la conservación de las condiciones de privacidad e intimidad de los pacientes, mejorar la ambientación de la conversación inicial con los pacientes (Presentación personal, gestos, tono de la voz, ademanes, lenguaje, calidez en la conversación)

Tabla 7: Cuadro resumen de hallazgos encontrados

ITEMS	HALLAZGO	NO CONFORMIDAD	OBSERVACION
1	No se evidencian acciones de protección personal en la atención en salud	Los servidores públicos asistenciales deben utilizar medidas de protección personal, como guantes, tapabocas, delantal y otros.	Generar la cultura organizacional, mediante acciones de capacitación, para el uso permanente de elementos de protección personal, como guantes, tapabocas, lavado de manos y otros.

2	En la oportunidad de la atención en consulta externa médica, no se tiene claro cuál es el indicador real de la asignación de citas.	La oportunidad de la asignación de citas médicas, se convierte en la entrada del usuario al sistema de salud, por ello se debe realizar en el menor tiempo posible (1 a 3 días)	Realizar un análisis real de la población atendida y la demanda insatisfecha que solicita este servicio, para tomar los correctivos necesarios.
3	La iluminación del consultorio auditado es deficiente.	La infraestructura de los consultorios debe estar adecuada, ordenada y lista para la realización de procesos asistenciales.	Hacer reparación de luminaria que está en mal estado en el consultorio, a la mayor brevedad posible.
4	En algunos casos no se respetan las condiciones de privacidad e intimidad de los pacientes que son atendidos (No se hace uso del biombo que separa el área de la entrevista y el área del acto médico, no se asegura la puerta de ingreso al consultorio y cualquier persona la puede abrir sin previo aviso.	La prestación del servicio de salud se debe realizar conservando las condiciones de privacidad e intimidad de los pacientes.	Hacer uso del biombo de manera permanente que separa el área de la entrevista y el área del acto médico, al igual que asegurar la puerta de ingreso al consultorio cuando se está realizando una consulta médica en el consultorio.
5	No hay equipos biomédicos suficientes y adecuados para realizar una buena atención en salud	Se debe contar con todos los equipos biomédicos necesarios para realizar un buen proceso asistencial.	Dotar el consultorio auditado con los equipos biomédicos necesarios, como fonendoscopio, equipo de signos vitales, pulsoxímetro, para una buena atención en salud.

Tabla 8: MATRIZ DE RECOMENDACIONES

HALLAZGO	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE
Incumplimiento de las Normas Internas y reglamentos	Implementar métodos para que se cumpla con el POA del Área de consulta externa y el Reglamento de Salud pública	Sub director del Área de consulta externa
No se está dando solución a los problemas de la bitácora	Realizar seguimiento y solución a novedades de la bitácora	Sub director del Área de consulta externa
No aplican las políticas y procedimientos de la atención al usuario del área	Incentivar al personal para que las políticas y procedimientos de la atención al usuario se cumplan	Sub director del Área de consulta externa
No se cumple con llenar el registro diario de usuarios atendidos	Implementar un sistema de supervisión con enfoque al buen control	Sub director del Área de consulta externa
Falta de monitoreo al número de pacientes que se atienden en el área de consulta externa	Implantar un programa sostenido y permanente de monitoreo a los pacientes que se atienden en el área.	Sub director del Área de consulta externa

Fuente: Propio del autor

Elaborado: Fabián Flores

PLAN DE AUDITORIA

Introducción

Las actividades de auditoría en los servicios de consulta externa del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano se desarrollan desde hace dos años, esto hace que se mejore la manera en que se está brindando la oferta y fortalecer la función gerencial de control interno institucional a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicio. Para ser aplicado a nivel nacional, en las entidades públicas y privadas del sector salud.

Informar sobre los procesos de auditorías realizados en su establecimiento, logro y dificultades. El Sistema de Gestión de la Calidad tiene como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento, que encuentra como una de sus herramientas la auditoria de la calidad de atención en salud en la consulta externa a pacientes, con el objetivo de evaluar que durante su permanencia en los establecimientos de salud hayan recibido una atención oportuna y adecuada, siguiendo estándares definidos tanto en su evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Finalidad

Fortalecer la función gerencial de control interno institucional y mejorar el desempeño del personal de salud en la prestación de la atención a los usuarios que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.

Objetivos.

Objetivo General:

Establecer las metodologías y procesos para la aplicación de la auditoria en salud en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Objetivos Específicos:

1. Mejorar las competencias específicas entre los miembros del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención.
2. Desarrollo de las auditorías.
3. Monitorizar la implementación del Plan de Auditoría en Salud
4. Socializar los resultados de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud con los usuarios (interno y externo) del sistema de salud.
5. Articular el proceso de auditoría en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

Base legal.

- ✓ Constitución Política de la República del Ecuador.
- ✓ Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y su Reglamento.
- ✓ Ley Orgánica de Administración Financiera y Control.
- ✓ Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento.
- ✓ Ley de Contratación Pública y su Reglamento.
- ✓ Ley Orgánica de Defensa Nacional y su Reglamento.
- ✓ Ley General del Sistema de Sanidad del Ejército y su Reglamento.
- ✓ Ley de Adquisición de Bienes, Ejecución de Obras y Prestación de Servicios del Ministerio de Salud Pública y su Reglamento.
- ✓ Ley para la Adquisición de Insumos Médicos del Ministerio de Salud Pública y su Reglamento.
- ✓ Ley General de Bienes del Sector Público y su Reglamento.

- ✓ Ley de Medicamentos Genéricos de uso humano y su Reglamento.
- ✓ Ley de Registro Sanitario de Medicamentos en general y su Reglamento.
- ✓ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento.
- ✓ Ley de Federación Médica Ecuatoriana y su Reglamento.

Ámbito de aplicación.

El Presente Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud es de aplicación en el establecimiento de salud, Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

Estrategias

- ✓ Capacitar al personal de salud en Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- ✓ Incorporar las auditorias como parte de las evaluaciones trimestrales.
- ✓ Implementar un Sistema de Información de las actividades de Auditoria para involucrar a los usuarios del sistema de salud.

Actividades

- ✓ **Objetivo Específico 01:** Mejorar las competencias específicas entre los miembros del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención
Actividad 01: Desarrollo de un Curso Taller en Auditoria de la Calidad de Atención.
- ✓ **Objetivo Específico 02:** Desarrollo de las auditorías.

Actividad 01: Realización de cinco (05) Auditorias de Registro de Consulta Externa por mes

Actividad 02: Realización de cinco (05) Auditorias de la Calidad de la Atención de Consulta Externa por mensuales.

Actividad 03: Realización de dos (02) auditorias de caso al año.

- ✓ **Objetivo Específico 03:** Monitorizar la implementación del Plan de Auditoria en Salud

Actividad 01: Elaboración de Informes Trimestrales de auditorías.

- ✓ **Objetivo Específico 04:** Socializar los resultados de la Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud con los usuarios (interno y externo) del sistema de salud.

Actividad 01: Reunión de Retroalimentación con los responsables de la atención en consultorios externos.

- ✓ **Objetivo Específico 5:** Articular el proceso de auditoría en la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad.

Actividad 01: Implementación de proyectos de mejora a partir de las recomendaciones de los Informes de Auditoría.

Criterios de selección y características de su muestra.

De acuerdo al comportamiento de la demanda está dentro del primer nivel de atención ya que plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos, realizando principalmente actividades de promoción y prevención de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes, utilizando las Guías de Práctica Clínica. Tales actividades de salud se realizan a través de una atención integral ambulatoria intramural y extramural.

Portafolio de intervención

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCIÓN
<p>⇒ Motivar al personal que labora en el servicio de consulta externa para la atención al usuario con calidad y calidez.</p>	<p>⇒ Implantar un programa sostenido y permanente de capacitación al personal.</p> <p>⇒ Establecer un sistema de motivación, incentivos y promociones al personal que labora en el servicio de consulta externa.</p>
<p>⇒ Educación al usuario en lo referente al horario de atención médica.</p>	<p>⇒ Programar charlas educativas y que el usuario tome con responsabilidad para evitar la gran demanda que se presenta en la actualidad.</p>
<p>⇒ Buscar presencia institucional y participación en el desarrollo de políticas de salud a nivel nacional, provincial y local</p>	<p>⇒ Incentivar el desarrollo de una cultura organizacional que ayude a la planificación y organización con un modelo participativo.</p>
<p>⇒ Cumplir y hacer cumplir las normas y procedimientos del servicio de consulta externa.</p>	<p>⇒ Diseñar e implementar un sistema de supervisión con enfoque capacitante y con énfasis en la evaluación del desempeño.</p> <p>⇒ Monitorear permanentemente los procesos administrativos, técnicos, educativos para la atención del usuario con eficiencia y eficacia.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCIÓN
⇒ Fortalecer y coordinar con los diferentes departamentos y servicios de la Institución.	⇒ Fomentar la comunicación y el trabajo en equipo que integre a las actividades evitando las acciones aisladas.
⇒ Promoción de los programas del Ministerio de Salud Pública al usuario, familia y comunidad que acude a la atención de salud.	⇒ Participación social e intersectorial. ⇒ Visita domiciliaria. ⇒ Coordinación con planteles educativos para el programa escolar y otros.
⇒ Mejorar la imagen del servicio a través de la buena calidad de atención.	⇒ Realizar campañas de prevención y fomento de la salud hacia la comunidad. ⇒ Utilizar un marketing con videos, folletos y otros que incentiven al usuario.
⇒ Difundir los resultados de los indicadores del servicio de consulta externa.	⇒ Analizar mensualmente la problemática de salud y la productividad. ⇒ Socializar con todo el personal de enfermería el servicio de consulta externa involucrado en el proceso.

Recomendaciones:

Mantener buenas relaciones con los usuarios, en especial la utilización de lenguaje sencillo y comprensible por parte de los pacientes.

Conclusiones:

En términos generales el servicio de Consulta Externa Medica se presta de manera adecuada, ya que se cuenta con personal idóneo, procesos adecuados, instrumental básico, instalaciones físicas destinadas para tal fin y se cuenta con los insumos y dotación necesaria para desarrollar los procesos asistenciales de manera adecuada.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Modalidad de Investigación

Bibliográfica.- porque se ha acudido a libros, folletos, textos, etc., para el sustento teórico.

Campo.- porque se utiliza fuentes primarias, es decir, se obtendrá información de usuarios de la consulta externa.

4.2. Nivel de Investigación

El tipo de investigación es Correlacional, ya que se pudo estudiar la relación entre las variables o resultado de variables. Uno de los puntos más importantes que se examinó es la relación Auditoría de Gestión y el proceso de atención al usuario.

4.3. Población y Muestra

Pacientes

$$n = ?$$

$$e = 5 \%$$

$$Z = 1.96$$

$$N = 95$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(1 - 0.50)(95)}{(95)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.50)(1 - 0.50)}$$

$$n = 75.16 \approx 76$$

Para la auditoría se determinó de acuerdo al criterio de la gerente del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Cuestionario para la evaluación de control interno

Dirigida al directivo

Instrumento

Los instrumentos sirven para recolectar la información necesaria para realizar la investigación. El instrumento que se utilizará es el Cuestionario con preguntas cerradas y de opción múltiple.

4.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para la toma de datos como se mencionó anteriormente se realizó mediante la información de las encuestas con el fin de obtener datos verídicos sobre el problema propuesto, el tiempo de duración para la recolección de la información fue un mes,

Los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección de datos fueron ingresados a formato digital a través de la hoja de cálculo Excel, en la que se agruparon una serie de tablas referentes a los datos propios de la investigación, los mismos que fueron analizados y representados gráficamente, realizando análisis univariado de los indicadores del presente estudio.

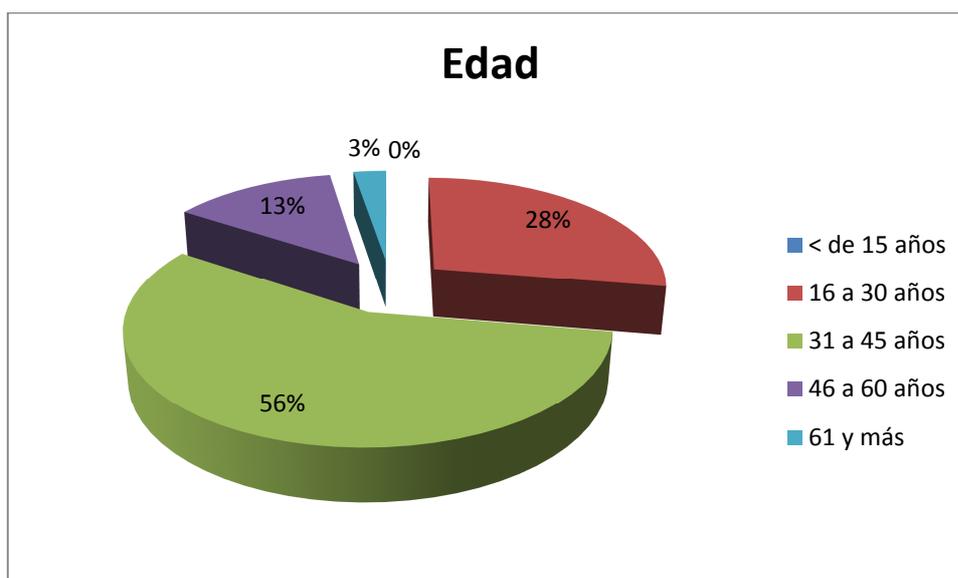
Análisis de los datos

Tabla 9: Edad de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< de 15 años	0,00	0,00
16 a 30 años	21,00	27,63
31 a 45 años	43,00	56,58
46 a 60 años	10,00	13,16
61 y más	2,00	2,63
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

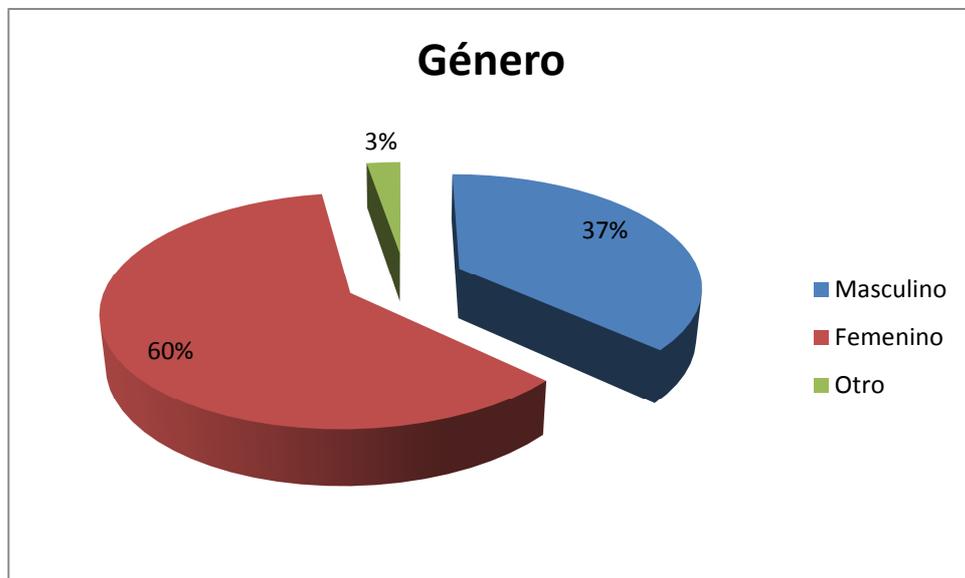
Se observa que el grupo de edad que con mayor afluencia acude a la consulta externa es de 31 a 45 años con el 56%; el grupo de 16 a 30 años con el 28%; con el 13% de 46 a 60 años y el 3% menor de 15 años; es importante mencionar que se encuentra de acuerdo a las personas encuestadas y no al número de casos de niños que padecen alguna enfermedad.

Tabla 10: Género de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28,00	36,84
Femenino	46,00	60,53
Otro	2,00	2,63
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

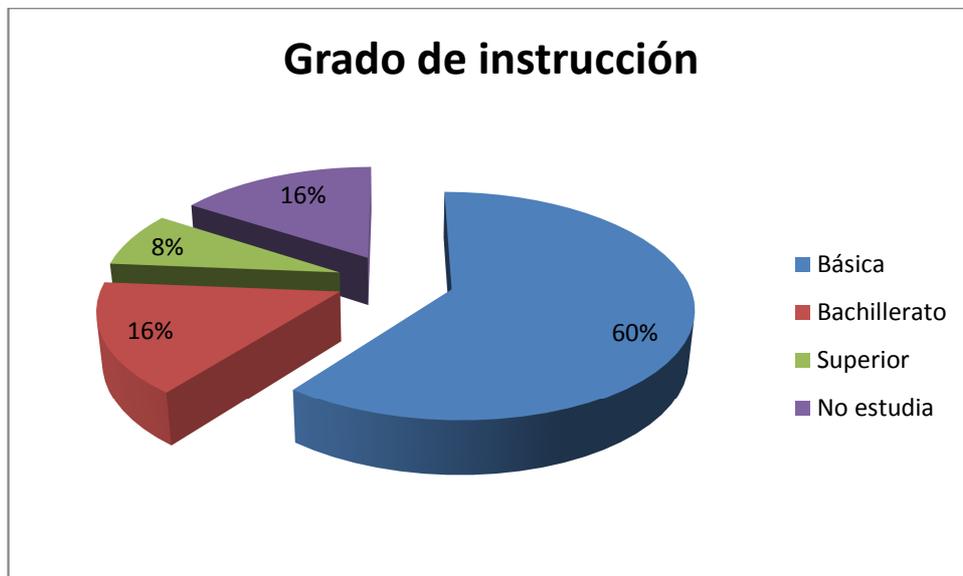
El 60% pertenecen al género femenino debido a que acuden a la atención de salud con sus hijos menores de edad; el 37% pertenecen a género masculino y el 2% a otro género, demostrando que el servicio de consulta externa es para toda la población si distinción de género.

Tabla 11: Procedencia de los/las usuarios/as que acuden a la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	68,00	89,47
Rural	1,00	1,32
Urbano marginal	7,00	9,21
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

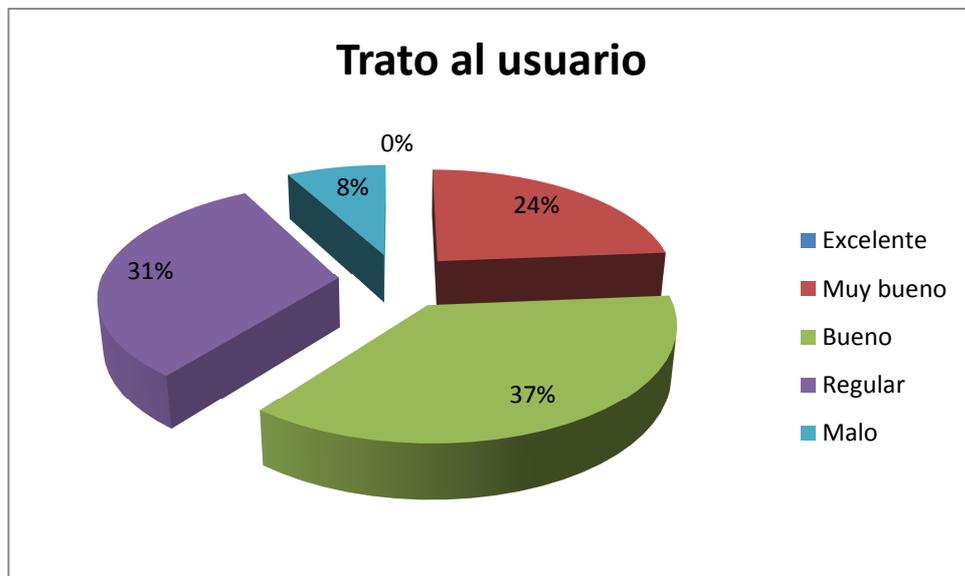
El 60% cuenta con un grado de instrucción básico; el 16% bachillerato y en mismo porcentaje no estudia y el 8% superior; se menciona que la población que acude al servicio de salud es porque pertenece a una clase social baja y no cuenta con recursos necesarios para el pago de consulta.

Tabla 12: Trato al usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Trato al usuario	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0,00	0,00
Muy bueno	18,00	23,68
Bueno	28,00	36,84
Regular	24,00	31,58
Malo	6,00	7,89
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

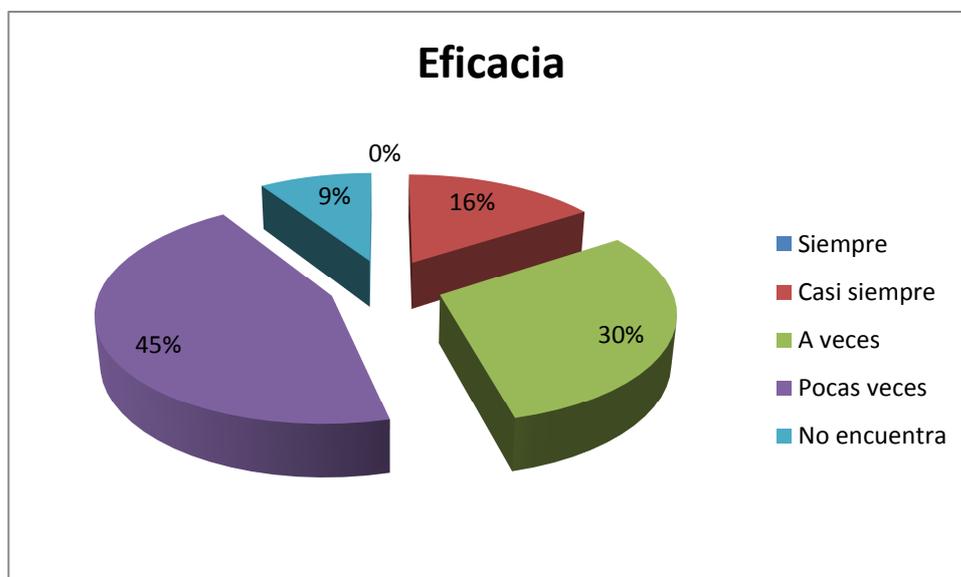
Los usuarios mencionan que el trato que reciben es con el 37% bueno; con el 31% regular; con el 24% muy bueno y con el 8% malo, mencionan que en ocasiones se han presentado con emergencias y no son atendidos mencionando que tienen que esperar su turno, en ocasiones familiares o amigos son atendidos con prioridad.

Tabla 13: Eficacia recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Eficacia	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0,00	0,00
Casi siempre	12,00	15,79
A veces	23,00	30,26
Pocas veces	34,00	44,74
No encuentra	7,00	9,21
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

De acuerdo a la eficacia los usuarios con el 45% mencionan que pocas veces encuentran solución al problema suscitado; con el 30% a veces; con el 16% casi siempre; apenas el 9% si encuentra solución; es importante mencionar que en la mayoría de los casos la población al ser atendida por ser un servicio público exige más de lo que el establecimiento cuenta principalmente en la actualidad que consulta externa se encuentra funcionando en el área de parqueadero (ver anexos).

Tabla 14: Calidad de atención recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Calidad de atención	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0,00	0,00
Muy bueno	10,00	13,16
Bueno	44,00	57,89
Regular	16,00	21,05
Malo	6,00	7,89
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

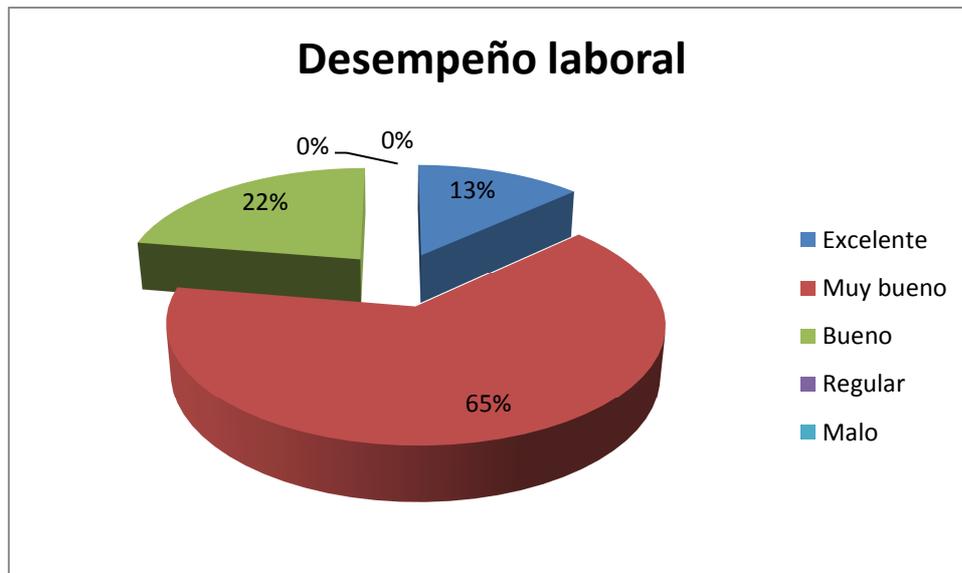
En lo referente a la percepción del usuario de acuerdo a la calidad de atención recibida se observa que durante su permanencia en el establecimiento de salud el 58% lo considera como bueno; con el 21% regular; el 13% muy bueno y el 8% malo, relacionándolo con la eficacia y trato al usuario, es necesario implementar sugerencias para brindar una atención de calidad y calidez.

Tabla 15: Calificación del desempeño laboral por parte del usuario que se atiende en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

Desempeño laboral	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	10,00	13,16
Muy bueno	49,00	64,47
Bueno	17,00	22,37
Regular	0,00	0,00
Malo	0,00	0,00
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

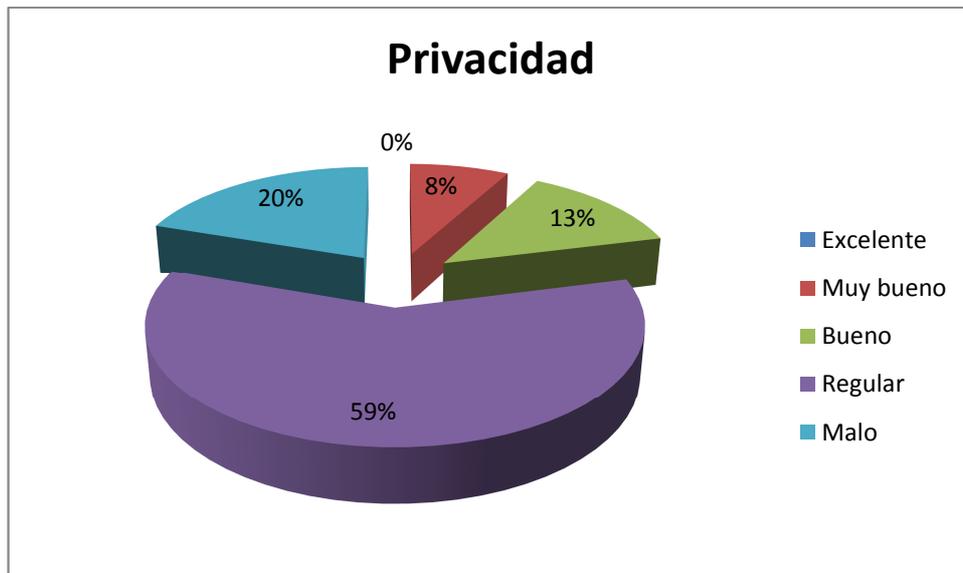
Los usuarios consideran el desempeño laboral con el 65% como muy bueno; con el 22% bueno y con el 13% excelente; rangos que determinan que el personal si cumple con sus funciones de acuerdo a las normas de atención.

Tabla 16: Privacidad recibida por parte del usuario que se atienden en la consulta externa del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Privacidad	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0,00	0,00
Muy bueno	6,00	7,89
Bueno	10,00	13,16
Regular	45,00	59,21
Malo	15,00	19,74
Total	76,00	100,00

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Fabián Flores



Análisis

Se observa con el 59% que cuentan con una privacidad regular; el 20% menciona como malo; el 13% bueno y el 8% muy bueno; es debido a que consulta externa no cuenta en la actualidad con consultorios para la atención que se brinda por el terremoto acaecido el 16 de abril, donde los pacientes son atendidos en carpas sin tener la privacidad necesaria.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez culminada la investigación titulada “AUDITORIA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA. PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2016.” y de acuerdo a los objetivos trazados se llega a las siguientes conclusiones:

- ✓ Se sistematizó los fundamentos teóricos y metodológicos que sirven de sustento científico para determinar la auditoría de gestión y recalcar la importancia del proceso de atención al usuario y si el mismo cumple con las metas de lo que el servicio ofrece, con información veraz y oportuna donde se encuentra los problemas que como usuarios día a día se percibe, por tal razón realizó la investigación debido al interés institucional y personal en mejorar el servicio ofertado de la unidad de salud mediante la gestión pública.
- ✓ Se evaluó los procesos de atención al usuario mediante un estudio de campo siendo sus resultados primordiales la percepción del usuario de acuerdo a la calidad de atención recibida y se observa que durante su permanencia en el establecimiento de salud el 58% lo considera como bueno; con el 21% regular; el 13% muy bueno y el 8% malo.
- ✓ Se elaboró la auditoría de Gestión en donde se recomienda implementar métodos para que se cumpla con el POA del Área de consulta externa y el Reglamento de Salud pública, realizar seguimiento y solución a novedades de la bitácora, incentivar al personal para que las políticas y procedimientos de la atención al usuario se cumplan.

Recomendaciones

- ✓ Investigar sobre la gestión de procesos en auditoría para mejorar la calidad de atención en el área de consulta externa en base a la tesis planteada con el fin de aplicar los correctivos si el caso lo requiere.
- ✓ Considerar este trabajo de investigación como base para otros estudios con la finalidad que otras áreas del Hospital Rodríguez Zambrano emprendan procesos de gestión y mejorar su sistema de atención.
- ✓ Garantizar los procesos que generan el mejoramiento del servicio que se brinda en el área de consulta externa del Hospital Rodríguez Zambrano, con el fin de obtener eficiencia y eficacia del sistema de gestión de calidad.
- ✓ Empezar un proceso de mejoramiento en lo referente al desempeño del personal en la atención al usuario, con la incorporación de un equipo adicional de trabajo de acuerdo a las estrategias planteadas.
- ✓ Brindar charlas a los médicos del servicio de consulta externa sobre la importancia de la confidencialidad y privacidad que debe haber entre médico y paciente, para mantener un ambiente sano y cordial.
- ✓ Ejecutar constantemente capacitaciones sobre Relaciones Humanas, y servicio a usuarios de acuerdo a las estrategias planteadas para que el trato que recibe el usuario sea el merecedor.

6.2. Recursos: Humanos, Materiales, Financieros

Recursos Humanos

- ✓ Director de tesis
- ✓ Investigador
- ✓ Personal de salud
- ✓ Usuarios

Recursos Materiales

- ✓ Copias
- ✓ Internet
- ✓ Útiles de oficina
- ✓ Digitalización de tesis
- ✓ Encuadernación
- ✓ Empastado

Recursos Financieros

Serán solventados por el autor del proyecto.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Barrionuevo, V. (2011). *AUDITORÍA DE GESTIÓN DEL PERSONAL DEL ÁREA DE NEGOCIOS Y SU INCIDENCIA EN EL REQUERIMIENTO DE LA LÍQUIDEZ DE LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO OSCUS LTDA.* Ambato: Tesis de la Universidad Técnica de Ambato.
- ✓ Cuellar, G. (2014). *members.* Obtenido de http://members.tripod.com/~Guillermo_Cuellar_M/gestion.html
- ✓ España, C. e. (2011). *Los Nuevos Conceptos del Control Interno.* Madrid: 2da. Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A., Pág.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.
- ✓ LLuay, N. (2012). *AUDITORÍA DE GESTIÓN POR EL AÑO 2010 PARA EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN JUAN EN LA CIUDAD DE RIOBAMBA".* Riobamba: Tesis ESPOL.
- ✓ *mailxmail.* (2014). Obtenido de <http://www.mailxmail.com/curso-elemental-auditoria/clasificacion-auditoria>
- ✓ *Ministerio de Salud Pública.* (2014). Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio>
- ✓ Montgomery. (2013). *Auditoría.* Volumen 1.
- ✓ Pionce, J. R. (2014). *Manual de Procesos de atención al cliente.* Manta: Departamento de estadística del Hospital Rodríguez Zambrano.
- ✓ PLATA, R. A. (10 de 2012). Recuperado el 11 de 12 de 2015, de <http://www.utelvt.edu.ec/investigacion/images/pdf/TESIS%20FINAL%20RAMIRO.pdf>
- ✓ Salazar, R. S. (2013). *"AUDITORIA DE GESTIÓN AL HOSPITAL BINACIONAL DR.LEÓNIDAS ARSENIO CELI DEL CANTÓN MACARÁ, PROVINCIA DE LOJA.* Loja: Tesis de la Universidad de Loja.
- ✓ Solórzano, P. M. (2012). *Los cinco componentes del Control Interno.* Cuba: Instituto Superior Pedagógico "Frank País García" de Santiago de Cuba.
- ✓ Valderrama, S. F. (2008). *Teoría y práctica de la auditoría.* Piramide.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA



Encuesta dirigida a los usuarios que acuden a la consulta externa del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano

1. Generalidades

1. Edad

< de 15 años _____
16-30años _____
31-45 años _____
46-60 años _____
61 y mas _____

2. Género

Masculino _____ Femenino _____ Otro _____

3. Procedencia

Urbano _____
Rural _____
Urbano marginal _____

4. Grado de instrucción

Básica _____
Bachillerato _____
Superior _____
No estudia _____

DE ACUERDO A LA ATENCIÓN

5. Respecto al usuario

Trato al usuario
Excelente _____
Muy bueno _____
Bueno _____
Regular _____
Malo _____

6. Eficacia

Encuentra solución al problema de salud suscitado

Siempre _____

Casi Siempre _____

A veces _____

Pocas veces _____

No encuentra _____

7. Calidad de atención

La atención que usted recibe como la considera

Excelente _____

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

8. Desempeño Laboral

¿Cómo considera el desempeño laboral del personal de consulta externa?

Excelente _____

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

9. Privacidad

¿Qué grado de confiabilidad y privacidad entre médico y paciente usted considera?

Excelente _____

Muy bueno _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA



Evaluación del Control Interno en el área de consulta externa del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano

1. Ambiente de control

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿La Estructura Organizacional del Hospital está acorde con la Misión institucional?				
2	¿La cantidad de camillas existentes satisfacen la demanda de usuarios?				
3	¿Se cumple estrictamente con las Normas Internas y reglamentos?				
4	¿Se capacita constantemente al personal?				
5	¿Hay motivación del personal en el trabajo que desempeña?				
	TOTAL				

2. Evaluación de riesgo

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿Existe un Plan Operativo (POA)?				
2	¿Consta un Inventario de Riesgo en el Área de Consulta Externa?				
3	¿Existe un responsable de la bitácora de Riesgos?				
4	¿Se da solución a los problemas de la bitácora?				
	TOTAL				

3. Actividades de control

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	¿En su área se lleva control de la documentación que es recibida y entregada?				
2	¿Existen políticas y procedimientos para la buena atención al usuario del área?				
3	¿Se aplican las políticas y procedimientos de la atención al usuario del área?				
4	¿Existe un formato específico para registro diario de usuarios del área?				
5	¿Se cumple con llenar el registro diario de				

	<i>usuarios atendidos?</i>				
6	<i>¿Controlan la entrega de tiques a los usuarios del área?</i>				
7	<i>¿Se preocupan de indicar al usuario que médico le realizara la consulta y en que consultorio?</i>				
	TOTAL				

4. Información y comunicación

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	<i>¿El Plan Operativo (POA) es socializado entre todo el personal del área?</i>				
2	<i>¿Las Normas Internas y reglamentos del área de consulta externa son revisados periódicamente?</i>				
3	<i>¿Existen centros de comunicación?</i>				
4	<i>¿Se informa de manera oportuna los cambios sobre el área de consulta externa?</i>				
5	<i>¿Son considerados los informes de información?</i>				
6	<i>¿Se monitorea al número de pacientes que se atienden en el área de consulta externa?</i>				
7	<i>¿Es supervisado el POA de forma periódica?</i>				
	TOTAL				

5. Monitoreo

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	<i>¿Se cuenta con los recursos económicos y tiempo para llevar a cabo las actividades?</i>				
2	<i>¿Es viable el plan de trabajo?</i>				
3	<i>¿El proyecto tiene la capacidad interna para cumplir con lo establecido en el cronograma?</i>				
4	<i>¿Se cumplirá con el monitoreo trimestral?</i>				
5	<i>¿Se supervisa de manera periódica la investigación?</i>				
	TOTAL				

Anexo 2: Análisis FODA del servicio de consulta externa

FORTALEZA	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ejecución continúa en los programas del Ministerio de Salud Pública, bajo normas y procedimientos. ⇒ Atención del profesional de salud y medicamentos gratuitos. ⇒ Facilidades para coordinar y liderar el servicio de consulta externa. ⇒ Equipo multidisciplinario integrado. ⇒ Capacitación continúa del personal de enfermería. ⇒ Preferencia de los usuarios hacia los servicios por las especialidades. ⇒ Buen mantenimiento de las vacunas en cadena de frío. ⇒ Horarios de atención accesibles a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aumento de la demanda de atención. ⇒ Participación de las instituciones educativas en el programa escolar. ⇒ Coordinación con Instituciones como: Municipio, Universidad y ONGs. ⇒ Participación en la comunidad. ⇒ Colaboración con estudiantes de Medicina, Enfermería y Nutrición de la ULEAM 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desmotivación del personal. ⇒ Tiempo de espera al usuario para ser atendido. ⇒ Falta de educación al usuario, familia y comunidad. ⇒ Limitada relaciones interpersonales. ⇒ Poco incentivo para mejorar el rendimiento laboral. ⇒ Demanda insatisfecha en determinadas especialidades. ⇒ Rutina de trabajo. ⇒ Poca comunicación con el equipo de salud. ⇒ Espacio físico reducido. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crisis económica mundial, nacional y local. ⇒ Falta de apoyo de las autoridades. ⇒ Incumplimiento del horario médico. ⇒ Presencia de clínicas dentro del espacio geográfico de la Institución. ⇒ Usuarios no se rigen al horario de atención médica.

Anexo 3: PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ACCIONES	AMBITO GEOGRAFICO	META	UNIDAD RESPONSABLE	INDICADORES	PRESUPUESTO	FUENTE DE VERIFICACION	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN CUATRIMESTRE %		
Implantar un programa sostenido y permanente de capacitación al personal.	Personal de del servicio de consulta externa	Lograr la capacitación en un 90%	Líder de del servicio de consulta externa	Número de personal capacitado/ Número del personal de servicio	Con lo que cuenta la institución	Registros de asistencia	Institución	30	40	30
Establecer un sistema de motivación, incentivos y promociones al personal que labora en el servicio de consulta externa.	Personal del servicio de consulta externa	Que las/los auxiliares de enfermería se encuentren motivadas/os en un 85%	Líder de del servicio de consulta externa	Número de personal motivados/ Número de personal de servicio	Con lo que cuenta la institución	Supervisión-evaluación, record anecdótico del personal	Institución	-	50	50
Programar charlas educativas y que el usuario tome con responsabilidad para evitar la gran demanda que se presenta en la actualidad.	Sala de espera del servicio de consulta externa	Que los usuarios/as reciban las charlas educativas en un 95%	Líder de del servicio de consulta externa Educatora para la salud	Número de usuarios que reciben charlas educativas/ número de usuarios que acuden a la consulta médica	Otorgado por la institución	Registro de asistencia Fotografías Anforas	Institución	35	30	35

ACCIONES	AMBITO GEOGRAFICO	META	UNIDAD RESPONSABLE	INDICADORES	PRESUPUESTO	FUENTE DE VERIFICACION	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN CUATRIMESTRE %		
Incentivar el desarrollo de una cultura organizacional que ayude a la planificación y organización con un modelo participativo.	Servicio de consulta externa	Lograr en un 90% el desarrollo de la cultura organizacional	Líder del servicio de consulta externa	Personal incentivado/ Personal de servicio	Designado por la institución	Monitoreo de las actividades programadas	Institución	35	35	30
Diseñar e implementar un sistema de supervisión con enfoque capacitante y con énfasis en la evaluación del desempeño.	Líder del servicio de consulta externa	Que se cumpla en un 90% la supervisión y evaluación del desempeño	Líder del servicio de consulta externa	Auxiliares de enfermería supervisadas y evaluadas/ auxiliares de enfermería	Otorgado por la institución	Monitoreo	Institución	35	35	30
Promoción de los programas del Ministerio de Salud Pública al usuario, familia y comunidad que acude a la atención de salud.	Servicio de consulta externa, instituciones educativas, área de influencia	Lograr la promoción de la salud en un 90%	Líder de enfermería Auxiliares de enfermería Educatora para la salud	Usuarios atendidos/ usuarios del área de influencia	Designados por la institución	Planteles educativos visitados Parte diario	Institución	40	30	30
Difundir los resultados de los indicadores del servicio de consulta externa.	Personal auxiliar de enfermería	Difundir en un 95% los resultados de los indicadores	Líder de enfermería	-----	Designados por la institución	Líder de servicio Estadística	Institución	20	40	40

POA 2015 (primero, segundo y tercer trimestre)

SUBPROCESO	OBJETIVO ESTRATEGICO	PLANIFICACIÓN META TÉCNICA								Observaciones	PRESUPUESTO	I TRIM	II TRIM
		PROGRAMAS, PROYECTOS ACTIVIDADES	ACTIVIDADES TÉCNICAS	INDICADOR DE GESTIÓN	META EN NÚMERO O % DEL	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre				
CONSULTA EXTERNA	2. Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador		Atención oportuna a los usuarios y las usuarias en las diferentes especialidades	Usuarios atendidos en el servicio de medicina interna	28879	7221	7221	7221	7216	28879		8105	7540
CONSULTA EXTERNA			Atención oportuna a los usuarios y las usuarias en las diferentes especialidades	Usuarios atendidos en el servicio de cirugía	17143	4287	4287	4287	4282	17143		4719	4821
CONSULTA EXTERNA			Atención oportuna a los usuarios y las usuarias en las diferentes especialidades	Usuarios atendidos en el servicio de ginecología	6162	1542	1540	1540	1540	6162		1825	1587
CONSULTA EXTERNA			Atención oportuna a los usuarios y las usuarias en las diferentes especialidades	Usuarios atendidos en el servicio de odontología	3838	960	960	959	959	3838		584	726
CONSULTA EXTERNA			Atención oportuna a los usuarios y las usuarias en las diferentes especialidades	Toma de E.K.G	960	240	240	240	240	960		178	311

Anexo 4: FOTOGRAFÍAS

ANTES DEL TERREMOTO CONSULTA EXTERNA



INFORMACION DE LA CONSULTA EXTERNA



DESPÚES DEL TERREMOTO





CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA





ENCUESTA A FUNCIONARIOS DE SALUD



ENCUESTA A USUARIAS

