



**CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA  
SEDE CUENCA**

**Tesis previa a la obtención del título de  
Ingeniero en Contabilidad y Auditoría.**

**TEMA:**

**“AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA  
DEL IESS-MACAS POR EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DE 2013”**

**AUTORA:**

**MARIELA ALEXANDRA NOGUERA YUMBLA**

**DIRECTOR:**

**ING. RENÉ CORONEL RIVERA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2014**

## **CERTIFICADO DE REVISIÓN**

Certifico, que bajo mi dirección y asesoría fueron desarrollados cada uno de los capítulos del presente trabajo de grado “Auditoría de Gestión a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas por el período comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2013”, realizado por la estudiante Mariela Alexandra Noguera Yumbra; por lo que autorizo su presentación.



**Ing. René Coronel Rivera**

**DIRECTOR DE TESIS**

## **DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD**

Los conceptos desarrollados, análisis realizados, recomendaciones y las conclusiones del presente trabajo son de responsabilidad de la autora.

A través de la presente declaración cedo los derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la Universidad Politécnica Salesiana, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la Normativa Institucional Vigente.



Mariela Noguera

C.I. 1400499438

## **DEDICATORIA**

A mis padres, porque son el pilar fundamental, quienes me han enseñado que cada obstáculo vencido es una lección aprendida, con su infinito amor, paciencia, sus sabios consejos me permitieron salir adelante, gracias por estar siempre a mi lado, por apoyo incondicional que me ha ayudado y llevado hasta donde estoy ahora, gracias por creer en mí.

A mis hermanos quienes estuvieron en los momentos más importantes de mi vida, con su alegría, motivación, ejemplo y comprensión, siempre junto a mí, y me han dado el impulso de continuar siempre hacia mis objetivos.

**Mariela Noguera**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirme culminar esta etapa de mi vida, por ser mi guía y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte durante todo el período de mi estudio.

A mis padres por creer en mí y formarme con principios, valores y darme todo el apoyo necesario a lo largo de este camino, son el motor de mi vida y no me alcanzará la vida para darles las gracias por todos los sacrificios que hacen por mí.

A mis hermanos, quienes me han acompañado durante todo este arduo camino y compartieron conmigo alegrías y fracasos.

Como no agradecerte a ti Denis quien me ha apoyado, quien me ha visto llorar y reír, gracias por formar parte de mi vida, por ser mi apoyo, mi soporte, mi confidente mi todo y enseñarme a cada día ser mejor.

Agradezco a mi director el Ingeniero René Coronel quien a través de su valioso tiempo, dedicación, conocimientos y experiencias me permitieron culminar con éxito el presente trabajo de grado.

**Mariela Noguera**

## INDICE

<b>CERTIFICADO DE REVISIÓN.....</b>	<b>II</b>
<b>DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>V</b>
<b>INDICE.....</b>	<b>VI</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>2</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>2</b>
<b>AUDITORÍA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.1 Historia de la auditoría.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.2 Definiciones.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3 Importancia.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.4 Propósitos y Objetivos.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.5 Tipos de Auditoría.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 AUDITORÍA DE GESTIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Elementos de la gestión.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2 Herramientas de la auditoría de gestión.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 ETAPAS DE LA AUDITORÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>1.3.1 Conocimiento Preliminar.....</b>	<b>42</b>
<b>1.3.2 Planificación Específica.....</b>	<b>44</b>
<b>1.3.3 Ejecución.....</b>	<b>45</b>
<b>1.3.4 Comunicación de Resultados.....</b>	<b>46</b>
<b>1.3.5 Seguimiento.....</b>	<b>47</b>
<b>1.4 MUESTREO EN AUDITORÍA.....</b>	<b>48</b>
<b>1.4.1 Definición.....</b>	<b>48</b>
<b>1.4.2 Población.....</b>	<b>49</b>
<b>1.4.3 Tipos de muestreo.....</b>	<b>49</b>
<b>1.4.4 Cálculo del tamaño de la muestra.....</b>	<b>50</b>
<b>1.4.5 Evaluación de los resultados de la muestra.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>53</b>

<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IEES-MACAS.....</b>	<b>53</b>
<b>2.1 PLANIFICACIÓN PRELIMINAR .....</b>	<b>53</b>
2.1.1 Programa de fase I: Planificación preliminar .....	53
2.1.2 Acta de compromiso.....	55
2.1.3 Visita previa.....	55
2.1.4 Visión sistémica .....	66
2.1.5 Visión estratégica .....	70
2.1.6 Análisis FODA.....	71
2.1.7 Matriz Insumo Proceso Producto .....	72
2.1.8 Cuestionario de control interno preliminar y calificación del riesgo	74
2.1.9 Matriz de evaluación preliminar .....	80
2.1.10 Informe de la fase I: Planificación preliminar .....	81
<b>2.2 PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA .....</b>	<b>81</b>
2.2.1 Objetivos de la fase II .....	81
2.2.2 Programa de fase II: Planificación específica.....	81
2.2.3 Evaluación del control interno.....	82
2.2.4 Cuestionarios y calificación del control interno .....	82
2.2.5 Informe de la calificación del nivel de confianza y riesgo de los componentes .....	84
2.2.6 Informe de control interno .....	85
2.2.7 Plan de muestreo .....	85
2.2.8 Matriz de riesgo por componente .....	89
2.2.9 Informe de fase II.....	92
2.2.10 Programa de auditoría por componente .....	96
<b>2.3 EJECUCIÓN.....</b>	<b>100</b>
2.3.1 Objetivos .....	100
2.3.2 Programa de fase III: Ejecución.....	100
2.3.3 Aplicación de indicadores.....	101
2.3.4 Aplicación de programas de auditoría .....	101
2.3.5 Hoja de hallazgos.....	101
<b>Capítulo III.....</b>	<b>112</b>
<b>3 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES</b>	<b>113</b>
<b>3.1 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>113</b>

<b>3.1.1</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>113</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Programa de fase IV .....</b>	<b>113</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Convocatoria para lectura del informe .....</b>	<b>114</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Acta de comunicación de resultados.....</b>	<b>115</b>
<b>3.1.5</b>	<b>Carta de presentación de resultados .....</b>	<b>116</b>
<b>3.1.6</b>	<b>Informe final .....</b>	<b>116</b>
<b>3.1.7</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>159</b>
<b>3.1.8</b>	<b>Programa de fase V .....</b>	<b>159</b>
<b>3.1.9</b>	<b>Matriz de recomendaciones.....</b>	<b>159</b>
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>160</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>162</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>164</b>

# CAPÍTULO

# I

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **AUDITORÍA**

#### **1.1.1 Historia de la auditoría**

La auditoría comenzó su evolución en el campo de la detección de fraudes y la responsabilidad financiera. A medida que se desarrolló el comercio, surgió la necesidad de los exámenes independientes para asegurarse de la adecuación y finalidad de los registros mantenidos en las diferentes empresas comerciales existentes. La auditoría fue reconocida como profesión por primera vez bajo la Ley Británica de Sociedades Anónimas de 1862; su reconocimiento general se llevó a cabo durante el período de mandato de la Ley Un sistema metódico y normalizado de contabilidad era deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude. Desde 1862 hasta 1905, la función de la auditoría creció y se desarrolló en Inglaterra, y se introdujo en los Estados Unidos. En Inglaterra se continuó haciendo hincapié sobre la detección de fraudes y la responsabilidad financiera, manteniéndolos como objetivo primordial de la auditoría. Paralelamente la auditoría se fue desarrollando constantemente y en 1921 la auditoría gubernamental fue reconocida cuando el congreso de los Estados Unidos estableció la oficina general de contabilidad. En la actualidad existen un sin número de empresas y estas cada vez más grandes por lo mismo su administración es más compleja; es necesario que se realicen evaluaciones constantes a sus operaciones administrativas y financieras.

La auditoría ha ido evolucionando tanto para el sector público y privado, con lo que se trata de mejorar las operaciones futuras mediante la presentación de recomendaciones que faciliten a las organizaciones mejorar su economía, eficacia y eficiencia en todas aquellas operaciones que realiza.

Hoy en día la auditoría no sólo es un instrumento de control, sino una actividad de mejora; no se busca simplemente detectar los defectos, sino mejorar los procesos y los procedimientos. Una auditoría no es una simple inspección, ya que está realizada por personas responsables y con capacidad de iniciativa y en su desarrollo participa, no

solamente la persona o el equipo auditor, sino los propios auditados con cuya colaboración se realiza.

### 1.1.2 Definiciones

La auditoría desarrolla actividades de evaluación y control dentro de una organización, por lo tanto es importante conocer conceptos básicos sobre la auditoría.

El termino auditoría proviene del latín “auditorius”, y de esta viene “auditor”, que manifiesta que tiene la virtud de oír y revisar cuentas, se considera que debe estar encaminado a un objetivo específico como el fin de evaluar la eficiencia, eficacia y economía con que se manejan los recursos.

A continuación se detallan algunos conceptos recogidos de algunos expertos en la materia:

- Define a la auditoría como “El examen de la información por una tercera persona distinta de quien la prepare y del usuario, con la intención de establecer su veracidad; y el dar a conocer los resultados de este examen, con la finalidad de aumentar la utilidad de tal información para el usuario” *William Thomas porter y John C. Burton*
- “Es el examen objetivo, sistemático y profesional de las operaciones ejecutadas con la finalidad de evaluarlas, verificarlas y emitir un informe que contenga comentarios, conclusiones y recomendaciones”. *Kell Zeigler*
- “La recopilación y evaluación de datos sobre información de una entidad para determinar e informar sobre el grado de correspondencia entre la información y los criterios establecidos. La auditoría debe ser realizada por una persona competente e independiente”. *Gustavo Alonso Cepeda*
- “American Accounting Association” manifiesta que

La auditoría es un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de

correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando las normas establecidas para el caso.

Tomando en cuenta los criterios anteriores se puede decir que la auditoría es una herramienta de control y supervisión que permite descubrir fallas existentes en la organización; la auditoría la puede realizar un auditor o grupo de auditores sobre la estructura, transacciones y desempeño que tiene una entidad, para proporcionar información sobre la situación de la empresa a otra u otras personas o entidades; que permitan la adecuada toma de decisiones y poder contribuir en la mejora del área examinada.

### **1.1.3 Importancia**

- Es aplicable a todas las operaciones que se realizan en la empresa.
- Sirve de guía a los administradores porque facilita el incremento de la eficacia, efectividad y economía sobre la utilización de recursos por la empresa.
- Evalúa las operaciones, controla las actividades en todos los niveles que realiza la empresa
- Busca mejorar las operaciones y actividades que se desarrollan en una empresa, mediante recomendaciones y acciones correctivas
- Facilita a los directivos de una empresa conocer la forma como está siendo administrada por los diferentes niveles jerárquicos y operativos, de igual manera permite tomar buenas decisiones para el beneficio del funcionamiento de la entidad.
- Genera ideas, procedimientos, y técnicas para el control sobre las diferentes operaciones y actividades existentes.

#### 1.1.4 Propósitos y Objetivos

- Establecer el nivel de cumplimiento de los procedimientos que forman parte de una organización.
- Comprobar que el cumplimiento de dichos procedimientos permite alcanzar los objetivos de la organización
- Proponer las acciones correctivas y de mejora necesarias para alcanzar el cumplimiento de los procedimientos y de los objetivos.
- Proponer la modificación de los procedimientos cuando se demuestre que no son los adecuados para el desarrollo de la organización.<sup>1</sup>
- Contribuir al mejoramiento de la administración de la entidad.

---

<sup>1</sup> VILLAVICENCIO GONZÁLEZ, María Walevska, *Auditoría de Gestión VI-guía didáctica*, 1<sup>era</sup>. Edición, EDILOJA Cía. Ltda, Loja –Ecuador, 2012, p. 16, Módulo: III.

### 1.1.5 Tipos de Auditoría

TIPO DE AUDITORÍA	CONCEPTO	MATERIA PRIMA	OBJETIVO	ALCANCE	PRODUCTO	EQUIPO AUDITOR
<b>FINANCIERA</b>	Examen que se realiza a los estados financieros, con la finalidad de emitir una opinión técnica y profesional	Estados financieros y registros contables	Dar una opinión sobre la razonabilidad de los estados financieros	Operaciones financieras - de un año.	Informe: comentarios, conclusiones, recomendaciones. Dictamen del auditor: opinión del auditor sobre la razonabilidad de los saldos.	Contador Público autorizado, Auditor, y los Profesionales del Área examinada.
<b>GESTIÓN</b>	Examen que se realiza para determinar el cumplimiento de metas y objetivos	Planificación estratégica, plan operativo anual.	Verificar el cumplimiento de metas y objetivos con eficiencia, eficacia, economía y calidad.	Puede abarcar un área, departamento, proceso, etc., de un determinado período - de un año.	Informe: comentarios, conclusiones, recomendaciones	Contador público autorizado, Auditor, Equipo multidisciplinario.
<b>INFORMÁTICA</b>	Evalúa la seguridad,	Software,	Verificar la	Período,	Informe:	Auditor

	confiabilidad de la función computacional de la empresa	Hardware, Personal	confiabilidad de la información, las seguridades físicas y lógicas.	Sistemas informáticos.	comentarios, conclusiones, recomendaciones	informático, Personal Técnico
<b>AMBIENTAL</b>	Consiste en obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias que determinen si una organización cumple con la normativa medioambiental establecida.	Estudio de impacto ambiental	Verificar el cumplimiento de las normas ambientales.	Proyecto, empresa, obra.	Informe: comentarios, conclusiones, recomendaciones	Ingeniero ambiental, Profesionales expertos con conocimientos sobre el área auditarse.
<b>FORENSE</b>	Está enfocada en la prevención y detección de fraudes financieros, puestos a consideración de la justicia, que se encargara de analizar, juzgar y sentencias los delitos	Auditoría financiera, registros financieros contables, planificación de la empresa.	Determinar los fraudes	Período de tiempo – hechos relacionados con el fraude	Informe de indicios de responsabilidad penal, tramitado ante el fiscal.	Auditor financiero.

	cometidos.					
<b>TRIBUTARIA</b>	Se encarga de verificar el correcto y oportuno pago de las diferentes obligaciones tributarias correspondientes a los contribuyentes desde el punto de vista del fisco.	Formularios de declaraciones, estados financieros, detalles de impuestos	Opinar sobre lo adecuado de la presentación y pago de impuestos, opinar sobre el cumplimiento con el fisco.	El que esté definido por la administración tributaria, tomando en cuenta conceptos de caducidad y prescripción.	Informe de cumplimiento tributario	Audidores tributarios, Contador público autorizado, Servicio de rentas internas, Equipo multidisciplinario, Profesionales afines al área a auditarse.
<b>GUBERNAMENTAL</b>	Es un examen crítico y sistemático al sistema de gestión fiscal de la administración pública y de los particulares o entidades que manejen fondos o bien pertenecientes al estado.	Manual de control interno, Registros contables, Estados financieros	Revisar los aspectos financieros operacionales, administrativos, de resultado de programas y de cumplimiento de disposiciones legales que enmarcan la	De acuerdo a la auditoría a realizarse ya sea financiera, de gestión, o forense; está encaminada hacia un área específica de una entidad de la	Informe: comentarios, conclusiones, recomendaciones. Dictamen del auditor: opinión del auditor según la auditoría que se realice ya sea esta de gestión,	Contralor, Contador público autorizado, directores de auditoría, Equipo multidisciplinario.

			actividad de las entidades públicas.	administración pública.	financiera o forense.	
<b>CALIDAD</b>	Analiza el grado de cumplimiento de las normas de calidad.	Informe del proceso de producción, personal.	Evaluar el cumplimiento de las normas ISO.	Va a depender del enfoque que se le da a la auditoría	Informe: Comentarios, conclusiones, recomendaciones.	Audidores, Equipo multidisciplinario.
<b>SOCIAL</b>	Permite evaluar su la eficacia social y el comportamiento ético de una organización con la finalidad de mejorar sus resultados sociales y solidarios, dar cuenta de ellos a las personas comprometidas por su actividad.	Plan social de la empresa, detalle de los canales comunicacionales.	Alcanzar un mejor acceso de los ciudadanos al diseño, evaluación e implementación de los servicios que el estado brinda dentro de un proceso de verificaciones y balances.	Constituye aquellas funciones y actividades de la empresa que tiene un alcance social, en particular el denominado balance social.	Informe: comentarios, conclusiones, recomendaciones.	Audidores, Equipo multidisciplinario.

Elaborado por: La autora

Fuente: Apuntes en clase de auditoría de gestión

## 1.2 AUDITORÍA DE GESTIÓN

En la actualidad es cada vez mayor la necesidad de examinar y valorar la calidad de los administradores y de los procesos mediante los cuales opera una organización. La Auditoría de Gestión nos permite conocer los problemas que dificultan el desarrollo operativo y a la vez están obstaculizando el crecimiento de la empresa. Por lo tanto es importante valorar la importancia de los problemas, encontrar sus causas y proponer soluciones adecuadas e implantarlas.

En la mayoría de las empresas es necesario tomar medidas preventivas en la parte administrativa para evitar prácticas ineficientes, mejorar los métodos y desempeño administrativo y como consecuencia disminuir costos.

La Auditoría de Gestión abarca todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación del desempeño y cumplimiento además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia de la misma.

### Definiciones

**Gestión:** Es la actuación de la dirección y abarca lo razonable de las políticas y objetivos propuestos, los medios establecidos para su implementación y los mecanismos de control que permitan el seguimientos de los resultados obtenidos.<sup>2</sup>

**Auditoría de gestión:** Es el examen posterior de las operaciones administrativas, realizadas por una entidad para verificar el cumplimiento de los objetivos y metas.

- 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. *Joaquín Rodríguez Valencia*

---

<sup>2</sup> BLANCO LUNA, Yanel, Auditoria integral: Normas y procedimientos, ECOE EDICIONES, Segunda edición, Bogota-Colombia,2012, p.394

- 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”.  
*William P. Leonard*
- Una auditoría administrativa es la revisión analítica total o parcial de una organización con el propósito de precisar su nivel de desempeño y perfilar oportunidades de mejora para innovar el valor y lograr una ventaja competitiva sustentable<sup>3</sup>.
- “La auditoría de gestión es el examen que se efectúa a una entidad por un profesional externo e independiente, con el propósito de evaluar la eficacia de la gestión en relación con los objetivos generales; su eficiencia como organización y su actuación y posicionamiento desde el punto de vista competitivo, con el propósito de emitir un informe sobre la situación global de la misma y la actuación de la dirección.”<sup>4</sup>

De conformidad con lo establecido en el Artículo 14 de la Ley Orgánica de La Contraloría General del estado, “El examen de la actividad operativa se referirá a lo que es la razón de ser y la finalidad misma de la entidad, el logro de sus objetivos y metas y los resultados alcanzados.”

### **Importancia de la Auditoría de Gestión**

La auditoría de gestión es importante para el sector público y privado, ya que es el instrumento de control posterior sobre la administración en general, permite identificar si la entidad adquiere, protege, emplea los recursos de manera económica y eficiente, si se realiza con eficacia las actividades y funciones, además de la medición de las metas y objetivos planteadas por la institución.

### **Propósitos y objetivos**

---

<sup>3</sup> FRANKLIN FINKOWSKY, Enrique Benjamín, *Auditoría administrativa: Evaluación y diagnóstico empresarial*, PEARSON, 3<sup>era</sup> Edición, México, 2013, p. 15

<sup>4</sup> BLANCO LUNA, Yanel, *Auditoría integral: Normas y procedimientos*, ECOE EDICIONES, 2<sup>da</sup> Edición, Bogota-Colombia, 2012, p.403

El objetivo principal de la auditoría de gestión es el de determinar o verificar el cumplimiento de objetivo y metas de una entidad, y si estos se cumplieron con eficiencia, eficacia, calidad, economía, impacto y equidad.

Según la Guía Metodológica de Auditoría de Gestión publicada mediante acuerdo 047 - CG - 2011 se consideran los siguientes objetivos:

- Establecer el grado de cumplimiento de las facultades, objetivos y metas institucionales.
- Determinar la eficiencia, eficacia, economía, impacto y legalidad en el manejo de los recursos humanos, materiales, financieros, ambientales, tecnológicos y de tiempo.
- Determinar si se están ejecutando exclusivamente, los sistemas, proyectos, programas y/o actividades que constan en la planificación institucional, con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo, a los planes regionales, provinciales, cantonales y parroquiales rurales de desarrollo y de ordenamiento territorial.
- Proporcionar una base para mejorar la asignación de recursos y la administración de éstos.
- Orientar a la administración en el establecimiento de procesos, tendientes a brindar información sobre el desarrollo de metas y objetivos específicos y mensurables.
- Evaluar el cumplimiento de las disposiciones legales, normativas y reglamentarias aplicables, así como las políticas, planes y programas establecidos.
- Determinar el grado en que el organismo y sus servidores controlan y evalúan la calidad tanto de los servicios que presta, como de los bienes que adquiere.
- Medir el grado de confiabilidad y calidad de la información financiera y operativa.

## **Alcance**

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

Pero el alcance también comprende la cobertura a operaciones recientemente ejecutadas o en ejecución, denominada operaciones corrientes.

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

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

- h) Evaluación del ambiente y mecanismos de control interno sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores y auditores; el mismo debe quedar bien definido en la fase de Conocimiento Preliminar, porque mantiene delimitar el tamaño de las pruebas o sea la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo.<sup>5</sup>

### **Enfoque y orientación de la auditoría de gestión**

En la auditoría de gestión, el desarrollo concreto de un programa de trabajo depende de las circunstancias particulares de cada entidad.

A continuación se presentan los enfoques que se le pueden dar al trabajo, dentro de un plan general, en las áreas principales que conforman una entidad:



Elaborado por: La autora.

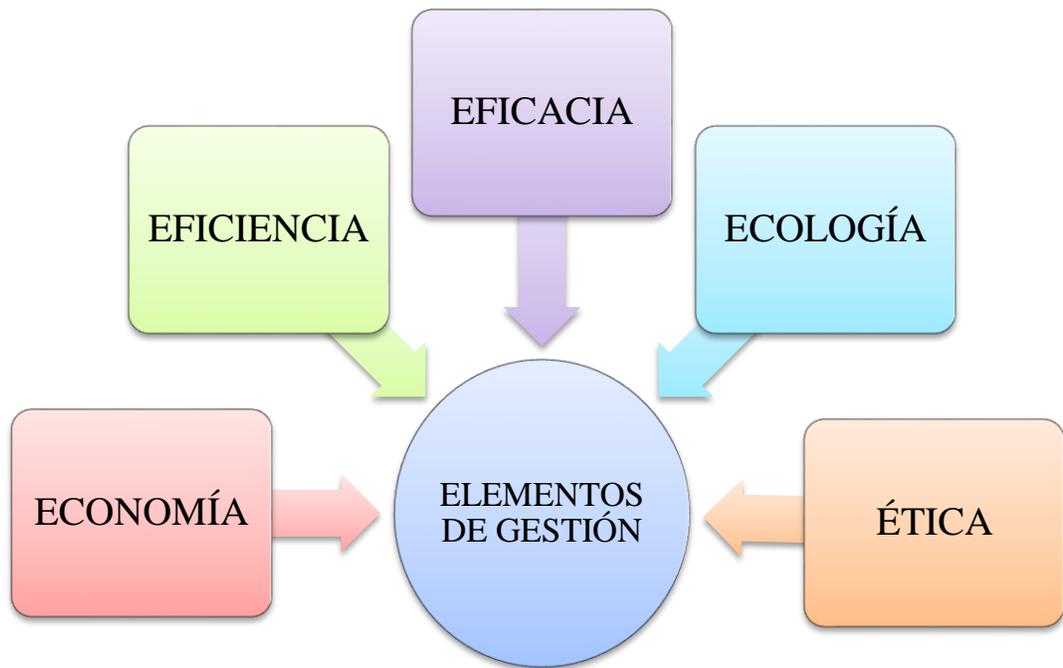
Fuente: BLANCO LUNA, Yanel, Auditoría integral: *Normas y procedimientos*, ECOE EDICIONES, 2<sup>da</sup> Edición, Bogotá-Colombia, 2012, p.404

#### **1.2.1 Elementos de la gestión**

El auditor evaluará la gestión en cuanto a las 5 “E” que son:

---

<sup>5</sup> CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p 63.



Elaborado por: La Autora

**Economía.-** Se refiere al uso adecuado de los recursos humanos, financieros y materiales, ya sea en cantidades y calidad apropiadas de manera oportuna, lugar indicado, precio convenido; es decir, realizar la adquisición o producción a un menor costo posible, con relación a los programas que posee la organización.

**Eficiencia.-** Es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios, se expresa como porcentaje comparando la relación insumo-producción de bienes y servicios, con un estándar ya sea aceptable o norma; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo. Su grado viene dado de la relación entre los bienes adquiridos, producidos o servicios prestados, con el manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para su obtención.

La eficiencia se refiere a la capacidad que posee una empresa para conseguir ya sean productos o servicios con el uso mínimo de recursos.

**Eficacia.-** Se refiere al grado de cumplimiento de objetivos y metas de una empresa, las cuales están programadas para un período determinado.

**Ecología.-** Son las condiciones, operaciones y prácticas relativas a los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en la gestión institucional de un proyecto, programa o actividad.

**Ética.-** Es un elemento básico de la gestión institucional, expresada en la moral y conducta individual y grupal, de los funcionarios y empleados de una entidad, basada en sus deberes, código de ética, leyes, normas constitucionales, legales y vigentes de una sociedad.

## **1.2.2 Herramientas de la auditoría de gestión**

Las herramientas de auditoría de gestión son de gran importancia ya que facilitan la realización del trabajo, sirven como base en la obtención de información para emitir un juicio global objetivo el cual será plasmado en el informe de auditoría. Las herramientas de auditoría son útiles para todas las etapas de una auditoría, ya que son el sustento del auditor.

Para un mayor conocimiento sobre las herramientas de auditoría de gestión a continuación se definen las más importantes que ayudaran en la ejecución de la misma:

### **1.2.2.1 Equipo multidisciplinario**

Para la ejecución de Auditorías de Gestión es necesaria la conformación de un equipo multidisciplinario, que dependiendo de la naturaleza de la entidad y del área a examinarse; a más de los auditores profesionales, podría estar integrado por un grupo de especialistas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, como por ejemplo doctores, ingenieros, arquitectos, abogados, etc, mismos que podrían estar variando de acuerdo al tipo de auditoría a realizarse.

- **Auditores:** Del grupo de auditores se designa al jefe de grupo y al supervisor, con mayor experiencia posible, y además deben haber dirigido la ejecución de auditorías con resultados aceptables, son quienes mantendrán la máxima e íntegra responsabilidad de la Auditoría de Gestión.

- **Especialistas:** Son profesionales que a más de su capacidad deben tener la independencia necesaria con relación a la entidad que está siendo sujeta de la auditoría, con el fin de tener mayor confianza en que su trabajo fue desarrollado con total imparcialidad.

#### **1.2.2.2 Control interno**

Como consecuencia del crecimiento de las empresas, y ante la necesidad ejercer un control dentro de las organizaciones fue constatada por los primeros gobernantes, jefes religiosos y dirigentes empresariales. Dada la necesidad de dirigir y supervisar las actividades para el logro de los objetivos. El Control Interno emprende en las funciones de la administración pública; existen indicios de que desde una época lejana se empleaba en las rendiciones de cuenta de los factores de los estados feudales y haciendas privadas. En aquel tiempo no existía un cuerpo organizado de teoría administrativa y por lo tanto cada quien desarrollaba de manera empírica sus propios principios, los cuales eran transmitidos verbalmente a su sucesor en el puesto ejecutivo. El origen del Control Interno, suele ubicarse en el tiempo con el surgimiento de la partida doble, que fue una de las medidas de control, pero no fue hasta fines del siglo XIX cuando los hombres de negocios se preocuparon por formar y establecer sistemas propicios para la protección de sus intereses.

Con el tiempo la importancia del control interno para el éxito de una organización ha sido reconocida no solo por sus responsables sino también por un gran número de terceros.

En los últimos años diversos órganos públicos, privados y profesionales han dedicado una considerable atención hacia el control interno, la manera de considerar el control interno surgió de la necesidad de contar con información fiable como un medio indispensable para llevar a cabo un control eficaz.

#### **1.2.2.3 Definición**

Existen diversos significados sobre el control interno, para mayor comprensión se presentaran diferentes definiciones como por ejemplo:

**La Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado establece que:**

“El control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada institución, que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos y se alcancen los objetivos institucionales.”

El control interno está orientado a cumplir con el ordenamiento jurídico, técnico y administrativo, promover eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad y garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la adopción de medidas oportunas para corregir las deficiencias de control.<sup>6</sup>

**Según Samuel Alberto Mantilla B:**

“El control interno es un proceso realizado por la junta de directora, los administradores y otro personal de la entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable mirando el logro de objetivos.”

**El informe COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) define al control interno de la siguiente manera:**

Control interno es un proceso efectuado por el Consejo de Administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones
- Fiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y normas aplicables.

Esta definición refleja ciertos conceptos fundamentales. El control interno:

---

<sup>6</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos*, Quito, 16 de noviembre de 2009, p. 1.

- Está orientado a la consecución de objetivos en una o más categorías – operaciones, información y cumplimiento.
- Es un proceso que consta de tareas y actividades continuas – es un medio para llegar a un fin, y no un fin en sí mismo.
- Es efectuado por las personas – no se trata solamente de manuales, políticas, sistemas y formularios, sino de personas y las acciones que estas aplican en cada nivel de la organización para llevar a cabo el control interno.
- Es capaz de proporcionar una seguridad razonable – no una seguridad absoluta, al consejo y a la alta dirección de la entidad.
- Es adaptable a la estructura de la entidad – flexible para su aplicación al conjunto de la entidad o a una filial, división, unidad operativa o proceso de negocio en particular.
- El control interno ayuda a las entidades a alcanzar sus objetivos.<sup>7</sup>

De las definiciones planteadas se puede decir que el control interno es aquel proceso que se establece en las organizaciones, garantiza ciertos márgenes de seguridad sobre los bienes o recursos de las organizaciones y permite poder tener bien definidos los puntos críticos de la empresa, para reducir el margen de incertidumbre de la misma, así como fomentar la eficiencia de sus operaciones.

El control interno está diseñado para ayudar a las organizaciones a lograr sus objetivos.

#### **1.2.2.4 Importancia del control interno**

Es de gran importancia ya que permite a la entidad sea esta pública o privada verificar si las metas y objetivos planteados por la entidad se están alcanzando según lo programado, así como también facilita que sus operaciones se realicen con eficiencia, eficacia y economía para la consecución de sus objetivos.

---

<sup>7</sup> MANTILLA, 22 de Enero de 2011, [http://www.coso.org/documents/IC\\_COSO\\_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4\\_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf](http://www.coso.org/documents/IC_COSO_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf)

El control interno es importante dentro de una entidad dado que:

- Los ejecutivos principales hacen fuertes exigencias para mejorar el control interno
- Los controles internos se implantan para mantener la compañía en la dirección de sus objetivos de rentabilidad y en la consecución de su misión, así como para minimizar las sorpresas en el camino.
- Los controles internos le hacen posible a la administración negociar en ambientes económicos y competitivos rápidamente cambiantes, ajustándose a las demandas y prioridades de los clientes, y re-estructurándose para el crecimiento futuro.
- Los controles internos promueven la eficiencia, reducen los riesgos de pérdida de activos, y ayudan a asegurar la confiabilidad de los estados financieros y el cumplimiento de las leyes y regulaciones.
- Puesto que los controles internos sirven a muchos propósitos importantes, existen crecientes llamadas para mejorar los sistemas de control interno y los informes sobre ellos.
- Los controles internos son percibidos cada vez más y más como solución a una variedad de problemas potenciales<sup>8</sup>.

#### **1.2.2.5 Objetivos del control interno**

Los objetivos del control interno se consideran en base a las siguientes categorías:

---

<sup>8</sup> MANTILLA B, Alberto, *Control interno*, ECOE Ediciones, Bogotá, 2009, p. 67.

# OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO

<b><u>OPERACIONES:</u></b>	<b><u>INFORMACIÓN:</u></b>	<b><u>CUMPLIMIENTO:</u></b>
Relacionadas con el uso efectivo y eficiente de los recursos de la entidad.	Relacionada con la preparación de estados financieros públicos confiables.	Relacionado con el cumplimiento de la entidad con las leyes y regulaciones aplicables.

Elaborado por: la Autora

Fuente: MANTILLA B, Alberto, *Control interno*, ECOE Ediciones, Bogotá, 2012, P.17

## 1.2.2.6 Control interno basado en el método COSO.

COSO son las siglas del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (Comité de Patrocinadores de la Comisión Treadway), que patrocinó el informe de investigación de los Estados Unidos titulado Control interno - Marco Integrado.

Actualmente existen dos versiones del informe COSO, versión de 1992 y la del 2004. La versión del 2004 posee una ampliación del informe original, para conferir al control interno de un mayor enfoque hacia la gestión de riesgo (Risk Management, o gestión del riesgo)

La evolución a lo largo de la historia de la estructura del Sistema COSO ha sido efectiva a partir del año 1992, se denominó Marco del Control Interno (COSO I), para el año 2004 se dio a conocer la mejora en el Sistema de COSO I con el denominado Marco Integral de Riesgos (COSO II ERM).

La implementación del sistema COSO proporciona beneficios, evita riesgos, detecta fraudes y la eficiencia en los controles de una institución. Para seleccionar el Sistema COSO se debe tomar en cuenta el grado de desarrollo que posea la entidad.

#### **1.2.2.7 Beneficios del sistema COSO**

**Los beneficios de utilizar el sistema COSO en las organizaciones son:**

- Promueve la gestión de riesgos en todos los niveles de la organización y establece directrices para la toma de decisiones de los directivos para el control de los riesgos y la asignación de responsabilidades.
- Ayuda a la integración de los sistemas de gestión de riesgos con otros sistemas que la organización tenga implantados
- Ayuda a la optimización de recursos en términos de rentabilidad
- Mejora la comunicación en la organización
- Mejora el control interno de la organización<sup>9</sup>

#### **1.2.2.7.1 Modelos del sistema COSO**

La estructura del COSO I estándar se divide en cinco componentes:

1. Ambiente de Control
2. Evaluación de Riesgos
3. Actividades de Control
4. Información y Comunicación
5. Supervisión.

COSO II (ERM) amplía la estructura de COSO I a ocho componentes:

---

<sup>9</sup> MANTILLA B, Alberto, *Control interno*, ECOE Ediciones, Bogotá, 2009,p 68.

1. Ambiente de control: son los valores y filosofía de la organización, influye en la visión de los trabajadores ante los riesgos y las actividades de control de los mismos.
2. Establecimiento de objetivos: estratégicos, operativos, de información y de cumplimiento.
3. Identificación de eventos: que pueden tener impacto en el cumplimiento de objetivos.
4. Evaluación de Riesgos: identificación y análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos.
5. Respuesta a los riesgos: determinación de acciones frente a los riesgos.
6. Actividades de control: Políticas y procedimientos que aseguran que se llevan a cabo acciones contra los riesgos.
7. Información y comunicación: eficaz en contenido y tiempo, para permitir a los trabajadores cumplir con sus responsabilidades.
8. Supervisión: para realizar el seguimiento de las actividades.

## Relación entre el COSO I y COSO II

<u>COSO I</u>	<u>COSO II</u>
<b>AMBIENTE DE CONTROL</b>	AMBIENTE DE CONTROL
	ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS
	IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS
<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>	EVALUACIÓN DE RIESGOS
	RESPUESTA A LOS RIESGOS
<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>	ACTIVIDADES DE CONTROL:
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
<b>SUPERVISIÓN</b>	SUPERVISIÓN

Los modelos del Sistema COSO buscan la eficiencia y eficacia de los recursos, la fiabilidad de la información interna y externa, financiera y no financiera, la alineación de los elementos a la misión de la entidad, la verificación del cumplimiento de las leyes y normas vigentes. Este sistema debe ser aplicado ya sea por la dirección, administración y el resto del personal de una institución.

Los componentes de la estructura conceptual de COSO trabajan en conjunto para mitigar los riesgos de que la organización falle en lograr sus objetivos.

### 1.2.2.7.2 Componentes del Control Interno

Bajo este enfoque se tienen establecidos cinco componentes:

<b>COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO</b>	<b>AMBIENTE DE CONTROL</b>	Es la base del resto de componentes. Entre sus factores destacan: integridad y valores éticos, compromiso con la competencia, consejo de administración, estructura organizacional, políticas y prácticas de recursos humanos.
	<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b>	Es la identificación y análisis de los riesgos importantes a los que tendrá que enfrentarse la organización, creando una base de cómo responderán sus directivos.
	<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>	Comprenden políticas y procedimientos que son útiles para verificar que las acciones de los directivos se desempeñan dentro de lo esperado.
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>	Es el canal de comunicación efectivo, permitiendo a todos los niveles desempeñar sus actividades y responsabilidades como son esperadas.
	<b>MONITOREO DE LAS ACTIVIDADES</b>	Políticas y procedimientos que procuran el cumplimiento y calidad del control interno.

Elaborado por: La autora

Fuente: [http://www.coso.org/documents/IC\\_COSO\\_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4\\_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf](http://www.coso.org/documents/IC_COSO_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf)

Debe considerarse que dichos componentes no se pueden tomar por separado uno del otro, sino que al contrario, cada uno de ellos están relacionados entre sí.

### **1.2.2.7.3 Métodos de evaluación del control interno**

Existen diferentes métodos de evaluación control interno, como principales se ha considerado los siguientes:

a) Cuestionarios

Se realiza a través de preguntas que deben ser contestadas a manera de examen por los funcionarios y personal responsable; sus respuestas deben ser afirmativas, negativas, no aplicables y si es necesario con explicaciones adicionales. Posteriormente se validan y respaldan las respuestas.

b) Flujogramas

Es a través de la representación gráfica de procedimientos que facilitan la identificación o ausencia de controles. Para su preparación se determina la simbología, se realiza el diseño y se explica el proceso junto al flujo o en hojas adicionales si es necesario.

c) Descriptivo o narrativo

Se la hace a mediante una descripción detallada de los procedimientos más importantes y las características del sistema que se está evaluando.

d) Matrices

Hace referencia a cuestionarios segregados por áreas básicas, donde se indica el nombre de los funcionarios, empleados y el tipo de funciones que desempeñan para posteriormente realizar una evaluación colateral del control interno permitiendo una mejor localización de las debilidades.

Es necesario que se realice una aplicación combinada de los métodos ya que ninguno de estos por si solos permiten una evaluación eficiente de la estructura de control interno.

A continuación se presenta la simbología de un flujograma:

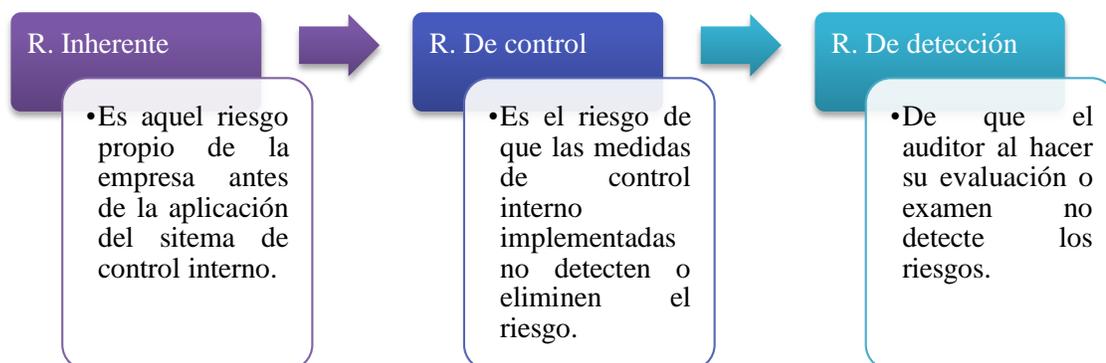
SIMBOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
	Proceso
	Proceso con control
	Decisión
	Documento
	Documento pre-numerado
	Registro (libro, tarjetas, etc.)
	Tarjeta perforada
	Papel perforado
	Archivo
	Desplaza un documento para explicar desviaciones del sistema
	Se toma información
	Se toma y actualiza información
	Documento (cuando se va a distribuir los documentos)
	Conector
	Inicio o fin

Fuente: CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p. 57.

### 1.2.2.8 Riesgos de auditoría de gestión

Es importante que en una institución se cuente con herramientas que faciliten una correcta evaluación de riesgos, a los cuales están sujetos los procesos y actividades de cualquier tipo de empresa.

### 1.2.2.8.1 Tipos de riesgo



**Fuente:** Normas Ecuatorianas de Auditoría Gubernamental, aplicables y obligatorias en las entidades y organismos del Sector Público, sometidas al control de la Contraloría General del Estado. Acuerdo 019 - CG - 2002 (05/09/2002) R.O. Edición Especial 6 (10/10/2002)

### 1.2.2.8.2 Calificación del riesgo

Para calificar el riesgo es necesario establecer primero la confianza:

CALIFICACIÓN DEL RIESGO		
	CONFIANZA	RIESGO
<b>ALTO</b>	76% - 95%	<b>BAJO</b>
<b>MODERADO</b>	51% - 75%	<b>MODERADO O MEDIO</b>
<b>BAJO</b>	15% - 50%	<b>ALTO</b>

Elaborado por: La autora

### 1.2.2.9 Evidencias suficientes y competentes

Es la información que respalda el trabajo del auditor durante la ejecución de una auditoría, sirve como sustento ante las conclusiones y recomendaciones emitidas por el auditor.

### 1.2.2.9.1 Atributos



Fuente: CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p 66.

### 1.2.2.9.2 Clases de evidencia<sup>10</sup>

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

### 1.2.2.10 Técnicas de auditoría<sup>11</sup>

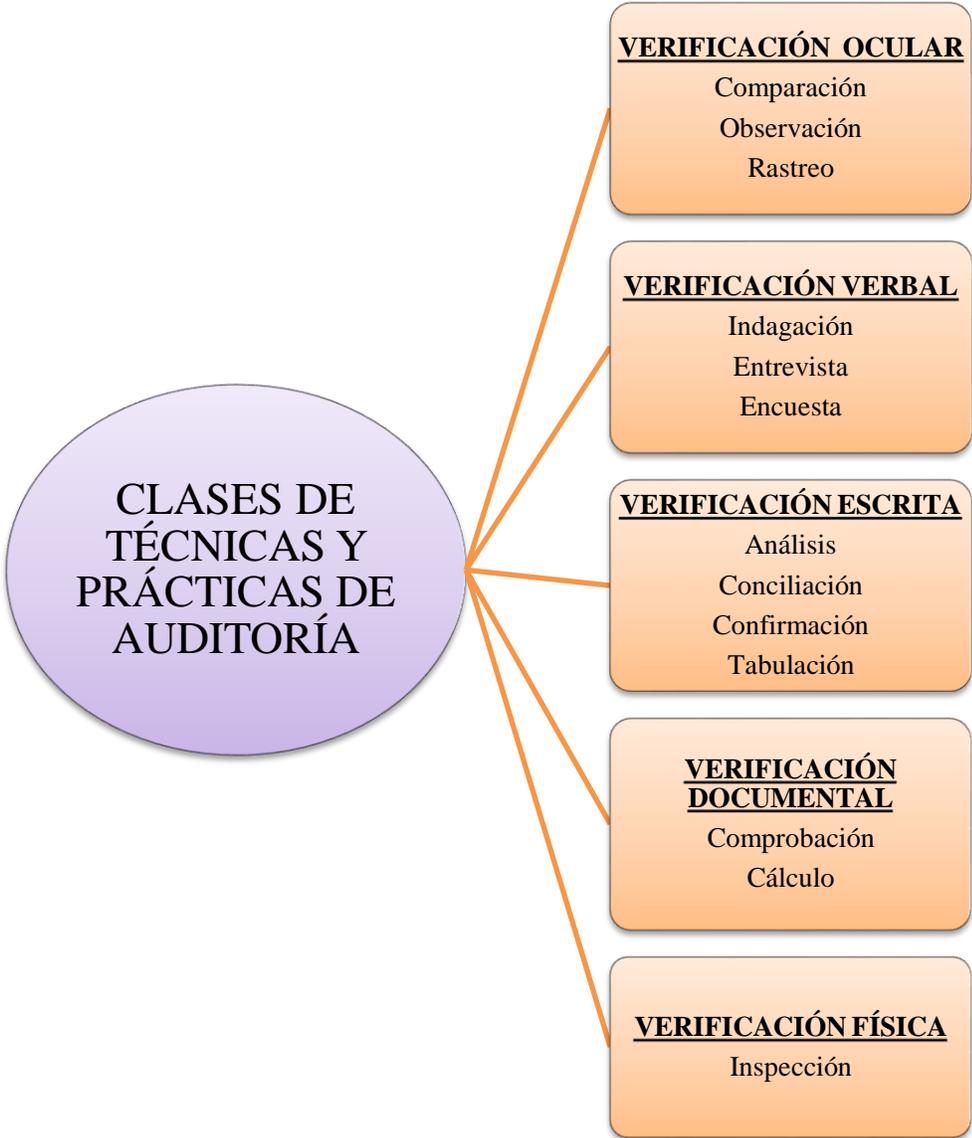
En la auditoría de gestión es fundamental el criterio del auditor para la determinación de la utilización y combinación de las técnicas y practicas más adecuadas, que le permitan

<sup>10</sup> CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p 67.

<sup>11</sup> Ídem., 67

la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente, que le den una base objetiva y profesional, que fundamenten y sustenten sus comentarios, conclusiones y recomendaciones.

Se considera importante a continuación definir las técnicas y las practicas que pueden ser más utilizadas en este tipo de auditorías.



### **1.2.2.11 Papeles de trabajo**

Los papeles de trabajo son de propiedad del auditor. El auditor debe custodiar con cuidado la integridad de los papeles de trabajo que deben ser asegurados.

Son documentos que respaldan el informe del auditor y constituyen la evidencia de los hallazgos determinados, que debe ser suficiente, competente y pertinente.

El auditor debe preparar y conservar los papeles de trabajo, su forma y contenido dependen de las condiciones de aplicación de la auditoría, ya que son el testimonio que registra el trabajo efectuado y el respaldo de sus juicios y conclusiones. El auditor debe conservar por lo menos 5 años los papeles de trabajo porque son importantes para auditorías futuras pero queda obligado al secreto.

Los papeles de trabajo pueden ser elaborados por:

- El auditor
- La entidad
- Terceras personas o ajenos a la entidad.

#### **1.2.2.11.1 Contenido de los papeles de trabajo**

- ✓ Encabezado
  - Nombre de la empresa auditada
  - Tipo de auditoría
  - Período de tiempo
  - Componente
  - Nombre o título del papel de trabajo
  
- ✓ Evidencia del trabajo
  - Marcas
  - Explicaciones
  - Notas
  - Referencias cruzadas

- Conclusión
- ✓ Evidencia de la revisión y supervisión del trabajo
  - Firmas de los que efectuaron la revisión
  - Aclaración o ampliación efectuada por los supervisores

#### **1.2.2.11.2 Propósitos de los papeles de trabajo<sup>12</sup>**

Los propósitos de los papeles de trabajo comprenden:

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

#### **1.2.2.11.3 Características de los papeles de trabajo<sup>13</sup>**

Las características que deben reunir los papeles de trabajo son:

- a) Prepararse en forma clara y precisa, utilizando referencias lógicas y un mínimo número de marcas.
- b) Su contenido incluirá tan sólo los datos exigidos a juicio profesional del auditor.
- c) Deben elaborarse sin enmendaduras, asegurando la permanencia de la información.

---

<sup>12</sup> CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p.72.

<sup>13</sup> Idem., p. 72.

- d) Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar su custodia y confidencialidad, divulgándose las responsabilidades que podrían dar lugar por las desviaciones presentadas.

#### **1.2.2.11.4 Objetivos de los papeles de trabajo**

##### **Principales:**

Respaldar el contenido del informe preparado por el auditor.

En el caso de auditorías gubernamentales, cumplir con las normas emitidas por la Contraloría General.

##### **Secundarias:**

- Sustentar el desarrollo de trabajo del auditor. El auditor ejecutará varias tareas personalmente o con la ayuda de sus operativos, las cuales requieren cierta secuencia y orden para cumplir con las normas profesionales.
- Acumular evidencias, tanto de los procedimientos de auditoría aplicados, como de las muestras seleccionadas, que permitan al auditor formarse una opinión del manejo financiero-administrativo de la entidad.
- Facilitar la supervisión y permitir que el trabajo ejecutado sea revisado por un tercero.
- Constituir un elemento importante para la programación de exámenes posteriores de la misma entidad o de otras similares.
- Informar a la entidad sobre las deficiencias observadas, sobre aspectos relativos a las actividades de control de los sistemas, de procedimientos contables entre otros.
- Sirven como defensa en posibles litigios o cargos en contra del auditor. Los papeles de trabajo, preparados con profesionalismo, sirven como evidencia

del trabajo del auditor, posibilitando su utilización como elementos de juicio en acciones en su contra.

#### **1.2.2.11.5 Custodia y archivos**

Los papeles de trabajo deben ser organizados y archivados en forma sistematizada, sea preparando legajos, carpetas o archivos que son de dos clases:

- a) **Archivo Permanente o Continuo.-** Este archivo permanente contiene información de interés o útil para más de una auditoría o necesarios para auditorías subsiguientes.

La primera hoja de este archivo necesariamente debe ser el índice, el mismo que indica el contenido del legajo.

#### **Finalidad del archivo permanente:**

1. Recordar al auditor las operaciones, actividades o hechos que tienen vigencia en un período de varios años.
2. Proporcionar a los auditores nuevos, una fuente de información de las auditorías realizadas.
3. Conservar papeles de trabajo que serán utilizados durante varios años y que no requieren ser preparados año tras año, ya que no se ha operado ningún cambio.<sup>14</sup>

- b) **Archivo corriente.-** En el archivo corriente se guarda todos los papeles de trabajo que tienen relación con la auditoría específica de un período. La cantidad de legajos o carpetas que forman parte de este archivo de un período dado varía de una auditoría a otra y aun tratándose de la misma entidad auditada, este archivo a su vez

---

<sup>14</sup> CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p 74.

se divide en dos legajos o carpetas, con una información general y la otra con documentación específica por componentes.<sup>15</sup>

#### **1.2.2.11.6 Índices y marcas de auditoría<sup>16</sup>**

Son símbolos que emplea el Auditor para identificar los procedimientos aplicados, estos se registran en cada uno de los papeles de trabajo que son elaborados.

Es necesaria la anotación de índices en los papeles de trabajo ya sea en el curso o al concluirse la auditoría, para lo cual primeramente se debe definir los códigos a emplearse que deben ser iguales a los utilizados en los archivos y su determinación debe considerarse la clases de archivo y los tipos de papeles de trabajo.

Es importante también que los papeles de trabajo contengan referencias cruzadas cuando están relacionados entre sí, esto se realiza con el propósito de mostrar en forma objetiva como se encuentran ligados o relacionados entre los diferentes papeles de trabajo.

La codificación de índices y referencias en los papeles de trabajo pueden ser de tres formas; a) alfabética, b) numérica) y c) alfanumérica. El criterio anteriormente expuesto fue para el archivo permanente índices numéricos y para el archivo corriente índices alfabéticos y alfanuméricos.

Las marcas de auditoría, también conocidas como: claves de auditoría o tildes, son signos particulares y distintivos que hace el auditor para señalar el tipo de trabajo realizado de manera que el alcance del trabajo quede perfectamente establecido. Estas marcas permiten conocer además, cuales partidas fueron objeto de la aplicación de los procedimientos de auditoría y cuáles no.

---

<sup>15</sup> CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p .74.

<sup>16</sup> Idem, p.79-81

Las marcas que se emplearán, además de racionales y uniformes, deben ser comprensibles para toda persona con responsabilidad y autoridad que pudiera tener necesidad de interpretación con exactitud y rapidez su significado.

Las marcas al igual que los índices, preferentemente deben ser escritas con lápiz de color rojo, entre las principales marcas de auditoría tenemos:

✓	Ligado
✕	Comparado
*	Observado
∨	Rastreado
>	Indagado
∩	Analizado
↕	Conciliado
∪	Circularizado
ψ	Sin respuesta
⊕	Confirmaciones, respuesta afirmativa
⊖	Confirmaciones, respuesta negativa
<	Comprobado
∑	Cálculos
⊗	Inspeccionado
○ N°	Notas explicativas

Fuente: CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p. 80-81.

### **1.2.2.12 Indicadores de gestión**

Para conocer y aplicar los indicadores de gestión, es importante que se encuentre implementado el control interno en la entidad y que se tenga muy en claro lo que es y la importancia del control de gestión como concepto clave y herramienta de la evaluación institucional.<sup>17</sup>

#### **1.2.2.12.1 Definición**

Los indicadores de gestión son herramientas o instrumentos que permiten medir el logro de los objetivos y metas; además informan sobre procesos y funciones clave. Son utilizados en el proceso administrativo para:

- Controlar la operación
- Prevenir e identificar desviaciones que impidan el cumplimiento de los objetivos
- Determinar costos unitarios por áreas, programas, unidades de negocio y centros de control.
- Verificar el logro de la metas e identificar las posibles desviaciones.<sup>18</sup>

#### **1.2.2.12.2 Características de los indicadores de gestión**

Las características que deben reunir los indicadores de gestión son las siguientes:

- Ser relevante y útil para la toma de decisiones
- Medible
- Específico
- Claridad - De fácil interpretación
- Controlable
- Relación costo – beneficio

---

<sup>17</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p.82

<sup>18</sup> FRANKLIN FINKOWSKY, Enrique Benjamín, *Auditoría administrativa: Evaluación y diagnóstico empresarial*, PEARSON, 3<sup>ra</sup> edición, México, 2013, p.145.

- Comparable
- Deben servir de apoyo para alcanzar los objetivos

### 1.2.2.12.3 Dimensiones de los indicadores

De acuerdo con el logro de los objetivos que se miden, se pueden utilizar las siguientes dimensiones de indicadores:



Elaborado por: La autora

Fuente: FRANKLIN FINKOWSKY, Enrique Benjamín, *Auditoría administrativa: Evaluación y diagnóstico empresarial*, PEARSON, 3<sup>ra</sup> Edición, México, 2013, p.148

#### 1.2.2.12.4 Clasificación de los indicadores

Los indicadores de gestión se clasifican de la siguiente manera:



##### a) Cuantitativos y cualitativos

- **Cuantitativos:** Son los valores y cifras que se establecen periódicamente de los resultados de las operaciones, son un instrumento básico.
- **Cualitativos:** que permiten tener en cuenta la heterogeneidad, las amenazas y las oportunidades del entorno organizacional.

##### b) De uso universal

Son utilizados para medir la eficiencia, la eficacia, las metas, los objetivos y en general el cumplimiento de la misión institucional.

##### c) Globales, funcionales y específicos

- **Globales:** Son los que miden los resultados en el ámbito institucional y la calidad del servicio que proporciona a los distintos usuarios.
- **Funcionales:** Se encargan de medir cada función o actividad de acuerdo a sus propias características, considerando también la entidad de que se trata.
- **Específicos:** Son los que miden una función determinada, área o proceso en particular.

#### **1.2.2.12.5 Formulación de indicadores de gestión**

Para la formulación de los indicadores se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

- Definir la entidad, función, área a ser medido
- Definir el objetivo que se desea alcanzar
- Definir las acciones necesarias para su instrumentación o desarrollo
- Analizar la información
- Determinar la periodicidad del medidor
- Identificar al receptor del informe de gestión.
- Revisar los indicadores
- Conocer a los usuarios de la información fuente

**1.2.2.12.6 Ficha de indicadores**

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>								
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>ESTANDAR</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>	<b>BRECHA</b>	<b>TIPO DE INDICADOR</b>

**Elaborado por:** La autora

**Fuente:** Apuntes de clase de auditoría de gestión

### **1.3 ETAPAS DE LA AUDITORÍA**

Para el desarrollo de la Auditoría de Gestión se considera las etapas que se enuncian a continuación:

#### **1.3.1 Conocimiento Preliminar**

Es indispensable para identificar los pasos a seguir dentro del desarrollo de la Auditoría la misma que comprende el estudio previo que se debe hacer en la institución para conocer aspectos importantes.

La auditoría de gestión inicia con la carta compromiso u orden de trabajo para la realización de la misma.

##### **1.3.1.1 Objetivo**

Obtener un conocimiento integral de la entidad, primordialmente en su actividad principal; lo cual permitirá una adecuada planificación, ejecución y consecución de resultados de auditoría a un costo y tiempo razonables.

##### **1.3.1.2 Actividades**

Las actividades a realizar durante la auditoría son las siguientes:

- Visita previa a las instalaciones para observar el desarrollo de las actividades y operaciones.
- Revisión de los archivos permanente y corriente de los papeles de trabajo de auditorías anteriores; y/o recopilación de información y documentación básica para actualizarlos.
- Determinar los criterios, parámetros e indicadores de gestión, como puntos de referencia para comprobarlos posteriormente con resultados reales de sus operaciones.
- Detectar el FODA (fuerzas, oportunidades, debilidades y amenazas) de la organización

- Evaluación de la estructura de control interno, identificando sus componentes y subcomponentes.
- Definición del objetivo y estrategia general de auditoría.

### **1.3.1.3 Técnicas**

Las principales técnicas que se utilizan son las siguientes:

- Observación
- Entrevista

### **1.3.1.4 Producto**

Como producto de la planificación preliminar se obtiene:

- Informe de la planificación preliminar
- Matriz insumo proceso producto
- Matriz de riesgo preliminar: desarrollo y conocimiento de la entidad y su negocio, permiten determinar el nivel de severidad de riesgos, el nivel del control existente y de exposición en los procesos institucionales.
- Determinación de potenciales componentes

### **1.3.2 Planificación Específica**

La planificación específica en definitiva, es determinar los procedimientos para cumplir la estrategia o decisiones adoptadas en la planificación preliminar.

En la planificación específica:

- Se analiza la documentación e información recopilada.
- Es obligatoria la evaluación de la estructura de control interno de la entidad, para obtener información adicional, evaluar y calificar los riesgos y seleccionar tanto las pruebas de cumplimiento como sustantivas, a aplicar en la siguiente fase a cada uno de los procesos (en caso de auditoría financiera a cada uno de los grupos de cuentas).

#### **1.3.2.1 Objetivos**

- Evaluar el control interno
- Calificar el nivel de confianza y riesgo
- Establecer el plan de muestreo
- Elaborar programas de auditoría por componente

#### **1.3.2.2 Actividades**

- Revisión y análisis de la información y documentación obtenida de la fase anterior
- Evaluación del control interno relacionada con el área o componente objeto de estudio (cuestionarios u otros métodos)
- Establecer el riesgo
- Establecer el plan de muestreo

- Elaborar programas de auditoría por componente.

### **1.3.2.3 Producto**

- Informe de planificación específica
- Informe de control interno
- Calificación del riesgo
- Matriz de riesgos
- Programas de auditoría por componente

### **1.3.3 Ejecución**

En esta etapa se ejecuta propiamente la auditoría, pues en esta instancia se desarrolla los hallazgos y se obtiene toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada (suficiente, competente y relevante), basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentar las conclusiones y recomendaciones de los informes.<sup>19</sup>

#### **1.3.3.1 Objetivo**

- Realizar o aplicar los programas, procedimiento, técnicas establecidas en la fase II, para obtener evidencia que respalde los hallazgos.

#### **1.3.3.2 Actividades**

- Aplicación de los programas de auditoría de la fase II, así como también de las técnicas de auditoría.
- Elaboración de los papeles de trabajo, que nos sirven como evidencia del trabajo realizado
- Elaboración de las hojas de hallazgos

---

<sup>19</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*. p. 184

- Comunicación provisional de resultados

### **1.3.3.3 Producto**

- Papeles de trabajo
- Hojas de hallazgos significativos por componente.
- Archivo corriente

## **1.3.4 Comunicación de Resultados**

### **1.3.4.1 Objetivos**

- Comunicar los resultados obtenidos de la auditoría, tanto al titular de la entidad como a las personas involucradas o interesadas.

### **1.3.4.2 Actividades**

Las actividades a realizarse para la comunicación de los resultados son las siguientes:

- Elaboración del borrador del informe
- Convocatoria a la lectura del borrador del informe
- Acta de comunicación de resultados
- Elaboración del informe definitivo

### **1.3.4.3 Producto**

Como producto de la comunicación de resultados se obtiene:

- El informe con comentarios, conclusiones y recomendaciones
- Acta de conferencia final de resultados.

### **1.3.5 Seguimiento**

#### **1.3.5.1 Objetivo**

- Realizar con posterioridad de la auditoría realizada el seguimiento correspondiente.

#### **1.3.5.2 Actividades**

Los auditores efectuarán el seguimiento de las recomendaciones, acciones correctivas y determinación de responsabilidades derivadas, en la entidad, en la contraloría, ministerio público y función judicial, según corresponda, con el siguiente propósito:

- a) Para comprobar hasta qué punto la administración fue receptiva sobre los comentarios (hallazgos), conclusiones y las recomendaciones presentadas en el informe y efectúa el seguimiento de inmediato a la terminación de la auditoría, después de uno o dos meses de haber recibido la entidad auditada el informe aprobado.
- b) De acuerdo al grado de deterioro de las 5 “E” y de la importancia de los resultados presentados en el informe de auditoría, debe realizar una recomprobación luego de transcurrido un año de haberse concluido la auditoría.
- c) Determinación de responsabilidades por los daños materiales y perjuicio económico causado y comprobación de su resarcimiento, reparación o recuperación de los activos.

#### **1.3.5.3 Productos**

Se obtiene:

- Cronograma para el cumplimiento de recomendaciones
- Encuesta sobre el servicio de auditorías
- Constancia del seguimiento realizado

- Documentación y papeles de trabajo que respalden los resultados de la fase de seguimiento.<sup>20</sup>

## **1.4 MUESTREO EN AUDITORÍA**

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

### **1.4.1 Definición**

Es un proceso mediante el cual el auditor toma una muestra en forma aleatoria de un conjunto de datos denominado población, para ser evaluados, esta debe permitir al auditor hacer inferencias exactas relativas a la población.

El muestreo en auditoría, es la aplicación de un procedimiento de auditoría a menos del 100% de las partidas dentro de un grupo de operaciones, con el propósito de evaluar alguna característica del grupo.

La aplicación del muestreo en auditoría tiene los siguientes objetivos:

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

El tamaño de la muestra está condicionado por el grado de seguridad que el auditor planea obtener de los resultados del muestreo.

En la verificación de la gestión el auditor tiene que practicar pruebas de cumplimiento para determinar si el control interno contable - administrativo, cumplen con los

---

<sup>20</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, p. 240

requisitos esperados que permitan en el primer caso, la confiabilidad razonable desde el punto de vista financiero, y en el segundo caso, una administración eficiente.

Para este propósito se deben considerar las posibilidades o no de errores, teniendo en cuenta la planeación del error tolerable considerando a su vez el criterio de materialidad, que pueden incluir los siguientes pasos:

- Estudiar los niveles de errores identificados en otras auditorías.
- Reconocer los cambios en las políticas y procedimientos seguidos por la entidad auditada.
- Obtener evidencias suficientes.

#### **1.4.2 Población**

Es el conjunto total de datos de referencia de los cuales el auditor extrae una muestra para la ejecución de la auditoría, de acuerdo a los objetivos planteados, en base a la muestra extraída el auditor analiza y emite conclusiones y recomendaciones.

#### **1.4.3 Tipos de muestreo**

##### **1.4.3.1 De apreciación o no estadísticos.-**

Los ítems a ser incluidos en la muestra son determinados de acuerdo a criterio; en este tipo de muestreo el tamaño, selección y evaluación de las muestras son completamente subjetivos; por lo tanto, es más fácil que ocurran desviaciones. Esta técnica es la más tradicional que viene aplicando el auditor; se sustenta en una base de juicio personal.

##### **1.4.3.2 Estadísticos**

Aplica técnicas estadísticas para el diseño, selección y evaluación de la muestra; provee al auditor de una medición cuantitativa de su riesgo. Este muestreo ayuda al auditor a:

- a. Diseñar una muestra eficiente.
- b. Medir la eficiencia de la evidencia comprobatoria obtenida.

c. Evaluar los resultados de la muestra.<sup>21</sup>

#### 1.4.4 Cálculo del tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra forma parte de la ejecución de la auditoría:

La fórmula para determinar el tamaño de la muestra:

$$n = (N C_r \sigma / T_r)^2$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: Población

Cr: Coeficiente de rechazo incorrecto

$\sigma$ : Desviación estándar estimada

Tr: Tolerancia planeada para el riesgo de muestreo

$$Tr = \left( \frac{E}{1 + \frac{Ca}{Cr}} \right)$$

En donde:

E: Error tolerable

Ca: Coeficiente de aceptación incorrecta

Para la estimación de la desviación estándar de la población, se utilizan normalmente las aplicaciones informáticas.<sup>22</sup>

#### 1.4.5 Evaluación de los resultados de la muestra

La evaluación de los resultados de la muestra depende del juicio profesional que emita el auditor, es importante conservar la documentación para mantener una evaluación de la eficacia en la utilización del muestreo, así mismo sobre la justificación de las

---

<sup>21</sup> CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de auditoría de gestión*, P.63-65

<sup>22</sup> MIRA N, Juan Carlos, *Apuntes de auditoría*,

[books.google.com.ec/books?id=8anC2Ha2plcC&pg=PA121&dq=cr+coeficiente+de+rechazo+incorrecto&hl=en&sa=X&ei=iecQU-3vN4XqkQeY1oHgAQ&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=cr%20coeficiente%20de%20rechazo%20incorrecto&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=8anC2Ha2plcC&pg=PA121&dq=cr+coeficiente+de+rechazo+incorrecto&hl=en&sa=X&ei=iecQU-3vN4XqkQeY1oHgAQ&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=cr%20coeficiente%20de%20rechazo%20incorrecto&f=false)

conclusiones que emite el auditor. Una vez que los registros de la muestra han sido examinados, el auditor proyectará el resultado de las muestras hacia todo el universo y decidirá si es necesaria la ampliación o no el tamaño de la muestra.

# CAPÍTULO

## II

## CAPÍTULO II

### AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS

Para realizar la auditoría de gestión se establecieron tres fases, para cada fase se elaboró su respectivo programa.

#### 2.1 PLANIFICACIÓN PRELIMINAR

La planificación preliminar constituye una guía para el trabajo posterior, ya que a través del conocimiento y diagnóstico preliminar, se determinarán situaciones fundamentales como, hacia qué área se dirige el trabajo, cuántas personas se necesitan, el tiempo a utilizarse, etc.

##### 2.1.1 Programa de fase I: Planificación preliminar

El programa de planificación preliminar a desarrollarse para el presente caso es el siguiente:

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>				
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>				
<b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>				
<b>PROGRAMA DE FASE I</b>				
<b>OBJETIVO:</b>				
- Obtener un conocimiento integral de la entidad, primordialmente en su actividad principal; lo cual permitirá una adecuada planificación, ejecución y consecución de resultados de auditoría a un costo y tiempo razonable.				
- Determinar los factores internos y externos que influyen en el funcionamiento de la institución.				
- Conocer las leyes, políticas que rigen a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas				
<b>No</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>	<b>P/T</b>
1	Elaborar y entregar el acta de compromiso al director de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas	Mariela Noguera	11/03/2014	FPP-002

2	Visita a las instalaciones de la institución	Mariela Noguera	10/03/2014	FPP-003
3	Notificar a los principales funcionarios, así como al administrador de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, sobre el inicio de la auditoría de gestión.	Mariela Noguera	12/03/2014	FPP-004
4	Entrevista a la máxima autoridad	Mariela Noguera	13/03/2014	FPP-005
5	Solicitar al director: · Leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y demás documentos relacionados con el funcionamiento de la entidad. · Detalle de los funcionarios de la entidad con su respectiva información como lo es su cargo, teléfono, tiempo de permanencia en el cargo.	Mariela Noguera	13/03/2014	FPP-013
6	Solicitar el análisis FODA	Mariela Noguera	13/03/2014	FPP-006
7	Elaborar un informe de la visión sistémica y estratégica	Mariela Noguera	14/03/2014	FPP-007 FPP-008
8	Elaborar la matriz INSUMO-PROCESO-PRODUCTO	Mariela Noguera	15/03/2014	FPP-009
9	Evaluación Preliminar del Control Interno	Mariela Noguera	10/04/2014	FPP-014 FPP-015
10	Determinación de los componentes	Mariela Noguera	15/03/2014	FPP-010
11	Elaborar el informe de la fase I	Mariela Noguera	14/04/2014	FPP-012
<b>Elaborado por:</b> Mariela Noguera		<b>Supervisado por:</b> Ing. René Coronel		

### **2.1.2 Acta de compromiso**

Para efecto del presente trabajo se hizo uso de un modelo de acta de compromiso que se presenta en el Anexo N° 1.

### **2.1.3 Visita previa**

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, se encuentra ubicada en la Av. La Ciudad, barrio la Barranca de la ciudad de Macas, Cantón Morona, Provincia de Morona Santiago, forma parte importante de la Red de Servicios de Salud, ofreciendo a sus afiliados dentro de su zona de influencia atención curativa, que comprende: afiliados al seguro general, jubilados, voluntarios, cónyuges o convivientes (previa solicitud), hijos de hasta 18 años de edad, Monte Pío, y afiliados al Seguro Social Campesino que



acuden a las diferentes especialidades que cuenta esta Casa de Salud.

Foto N° 1: Infraestructura de la Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 2: Exteriores de la UAA IEES-Macas  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IEES-Macas



Foto N° 3: Ingreso de la UAA IEES-Macas  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IEES-Macas

La infraestructura física consta de un bloque de construcción, el mismo que se encuentra distribuido para cada uno de los servicios que ofrece actualmente la unidad:

- Recepción
- Estadística
- Enfermería
- Consulta externa por especialidad:
  - Medicina Interna
  - Ginecología y Obstetricia
  - Cirugía General
  - Traumatología
  - Pediatría
  - Medicina Preventiva
  - Anestesiología
  - Medicina General
  - Odontología
  - Nutrición
- Servicios complementarios:
  - Laboratorio clínico
  - Imagenología
  - Rehabilitación
- Emergencia y,
- Hospitalización.

En el acceso a cada una de las oficinas, consultorios y servicios encontramos la respectiva señalética, así como también una sala de espera.



Foto N° 4: Estación de enfermería  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 5: Ingreso a los Consultorios  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

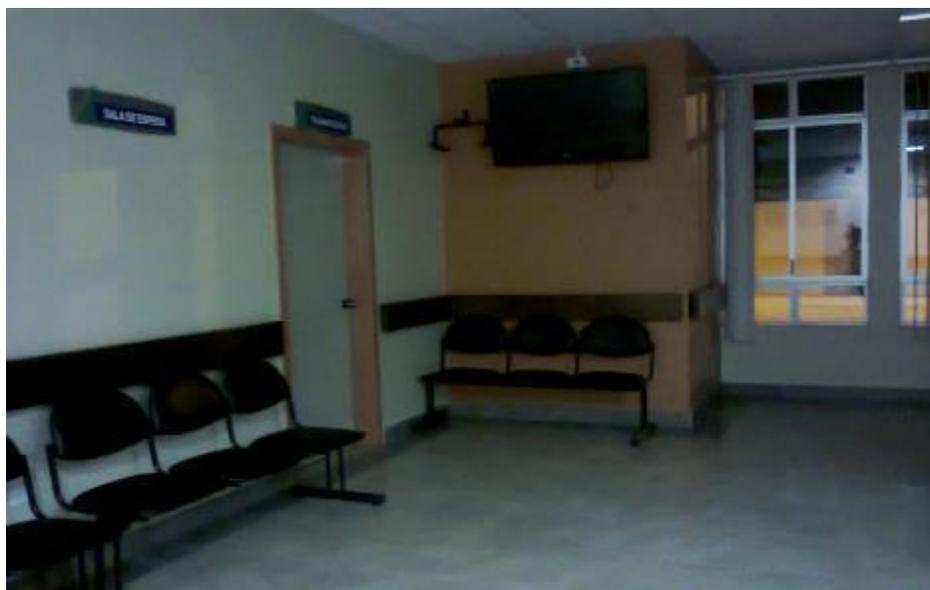


Foto N° 6: Sala de espera de consulta externa  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 7: Sala de espera de Laboratorio  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

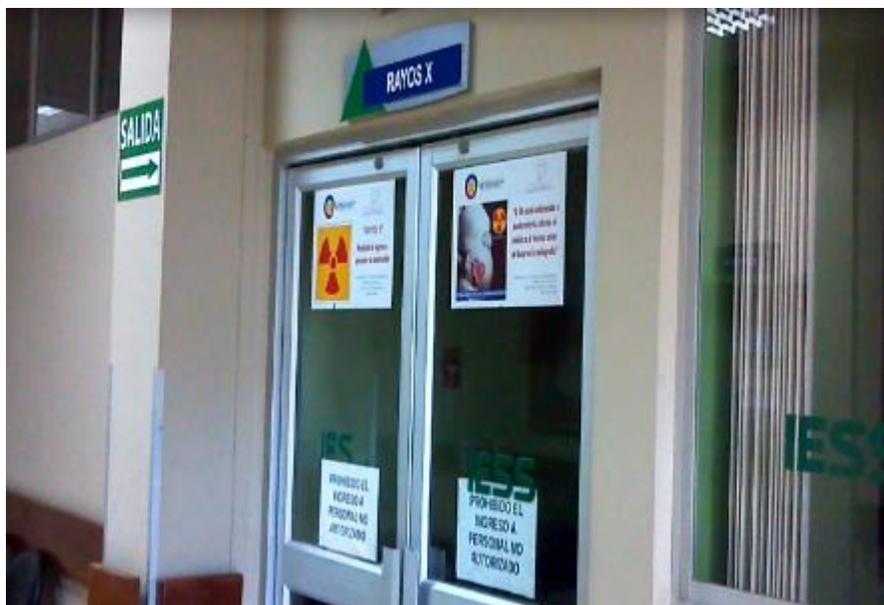


Foto N° 7: Accesos a Rayos X

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

Además la entidad posee instalaciones para el área administrativa - financiera, donde se encuentra el despacho del Director, las oficinas donde desempeñan labores los funcionarios encargados del departamento de las TIC's, Talento humano, y financiero.



Foto N° 8: Acceso al Área Administrativa

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

También cuenta con un espacio físico para bodega, donde almacenan todo tipo de insumos adquiridos y de uso de la Unidad, existe un auditorio, espacios verdes, parqueadero, bar y servicios sanitarios que se encuentran a disposición de sus afiliados.



Foto N° 9: Áreas verdes

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 10: Acceso a emergencia

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

Se pudo conocer que los horarios de labores de los funcionarios inician a las 7:30 am dando por finalizado sus labores a las 4:30 pm, con una hora de receso para el almuerzo, así como también algunos de los funcionarios trabajan con turnos rotativos, vale la pena recalcar que todo el personal que labora en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de

Macas cumple con el horario establecido de acuerdo a las áreas de Trabajo, siendo registrada su asistencia en el reloj biométrico institucional con el registro de su huella digital.



Foto N° 11: Estación de enfermería - Hospitalización  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

En el servicio de emergencia se cuenta con 12 camas eléctricas con su respectivo colchón y velador, en hospitalización poseen 15 camas y 5 cunas para los recién nacidos.

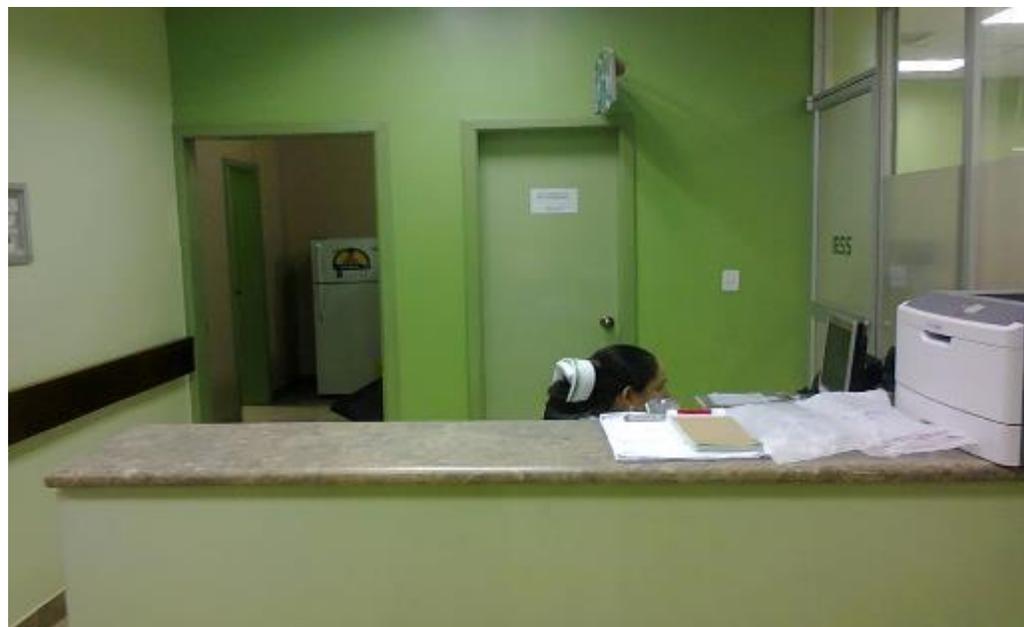


Foto N° 12: Emergencia  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 13: Hospitalización - neonatos  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

Se pudo constatar que cada oficina y consultorio cuenta con equipos informáticos, así como también disponen de equipos con tecnología de punta, para los diagnósticos médicos.



Fot

o N° 14: Estación de enfermería- Emergencia  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 15: Equipo médico - Emergencia  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

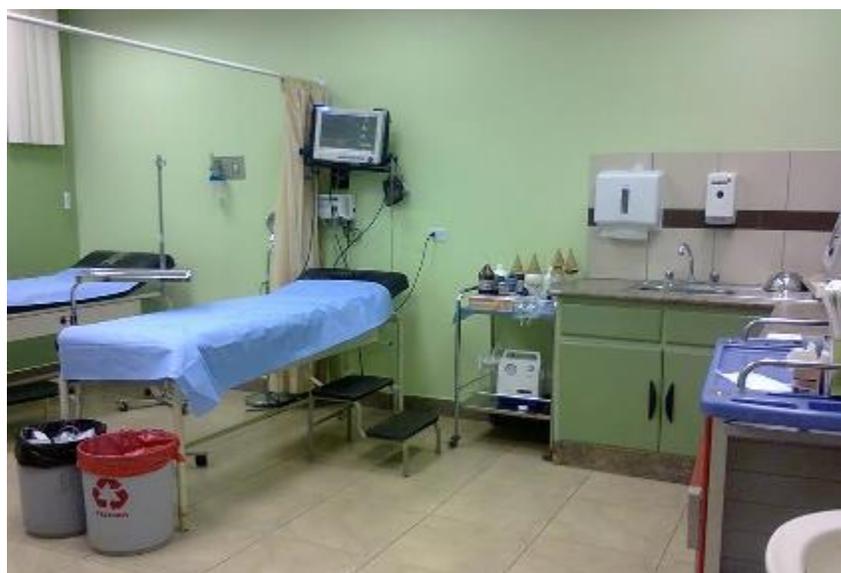


Foto N° 16: Sala de Emergencia  
Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 17: Laboratorio

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas



Foto N° 18: Odontología

Fuente: Unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas

De manera general se considera que la Unidad se encuentra en buen estado en cuanto a su infraestructura física, debido a que su construcción se realizó en periodos recientes.

Para un mayor conocimiento de la situación actual de la entidad se presentan las fotografías de la Unidad en el Anexo N° 2

#### 2.1.4 Visión sistémica

- **Entorno Próximo**

**Competencia:** Su mayor competencia constituyen las clínicas privadas que se están iniciando en el cantón capital de provincia, en donde ofrecen servicios de hospitalización y especialidades básicas. Como por ejemplo lo ha sido la Clínica Santa Fé. Además está la red del Ministerio de Salud Pública.

**Clientes:** Sus principales clientes son:

- ✓ **Interno:** Empleados y funcionarios del IESS
- ✓ **Externo:** Afiliados al seguro general, jubilados, voluntarios sus cónyuges o conviviente, hijos e hijas de hasta 18 años de edad y del Monte Pío del cantón Morona y la provincia así como también aquella población no afiliada al IESS.

**Proveedores:** Son las instituciones públicas, privadas y ciudadanía en general las que se encargan de afiliar a cada uno de sus funcionarios, y a la vez realizan su afiliación voluntaria, quienes tienen derecho a los servicios médicos.

- **Entorno Remoto**

**Económico:** La situación económica y financiera que viven los asegurados – afiliados y los aseguradores que son los empresarios-empleadores, quienes accionan con el IESS, así como las condiciones económicas de la población del Ecuador en general, determinan la calidad de los servicios que brinda el IESS a todos ellos, por lo que los sueldos y salarios de los trabajadores asegurados determinan el valor de aseguramiento, ya que este es un porcentaje del sueldo de cada persona; también los cambios en el “Salario Mínimo Unificado del trabajador en general”, esta política salarial manejada por el Gobierno Central, influyen en el monto de las recaudaciones monetarias por aportes, es definitiva en los fondos acumulados de los trabajadores que administra el IESS.

El pago de aseguramiento por parte de los afiliados al sistema y de sus empleadores, permiten al IESS la recaudación de recursos económicos, los que se traducen en pagos de prestaciones como contraparte para los afiliados.

**Políticos:** Al hablar de los factores políticos que influyen en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas es el Gobierno del Ecuador ya que cambia radicalmente las políticas salariales, uno de los factores que más incidió fue el debate que se inició en torno al tema del salario digno, que era la propuesta del Gobierno para elevar las remuneraciones hasta niveles que puedan cubrir el costo de la canasta familiar.

Además es necesario tomar en cuenta que se dieron cambios por lo que actualmente, según el artículo 102 de la Ley de Seguridad Social, los hijos menores de 18 años están cubiertos por el Seguro General de salud, y tienen servicio en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no han sido originadas por el trabajo, así como su recuperación y rehabilitación son cubiertas por el IESS. Desde octubre del 2010, fecha en la que la Asamblea aprobó las reformas a la Ley, aumentó la edad de protección, que originalmente era hasta los seis años. Sin embargo, no fue sino hasta el 17 de febrero de 2011 que el Seguro expidió la resolución N° CD 357, con la cual se viabilizan los cambios.

**Social:** La sociedad ecuatoriana influye fuertemente en la gestión que ejecuta el IESS en el ámbito nacional, las condiciones socio culturales de los asegurados, empleadores y en general toda la población del País, determinan las opciones y decisiones para una eficiente atención y accionar de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, que se orienta a cubrir el aseguramiento de los trabajadores en general contra los riesgos de enfermedad y maternidad, vejez, invalidez y muerte, riesgos laborales y profesionales y cesantía - desempleo, y a la protección al trabajador campesino, artesanal.

**Ambiental:** Considerando los factores ambientales es importante tomar en cuenta sobre el cuidado del medio ambiente por lo cual la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas podría programar capacitaciones a su personal sobre el manejo de desechos, por el mismo hecho de que se manejan un sinnúmero de insumos y sustancias que pueden

afectar a la salud y al medio ambiente, creando así conciencia en cada una de las personas sobre el cuidado medio ambiental.

**Tecnológico:** La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, para posibilitar el cabal cumplimiento de sus servicios fundamentales para sus afiliados, debe valerse de las herramientas necesarias, dentro de estas están las de comunicación e informática, estas deben ser de última generación y brindar todas las facilidades a los usuarios internos y externos a la Institución, para garantizar una atención oportuna y eficiente, el IESS actualmente trabaja con un sistema informático institucional que se denomina AS400 el cual facilita a los afiliados en caso de requerir atención , desde la comodidad de su hogar solicitar su cita médica llamando al 1800 100 000 o 140; permite acceder a los servicios de salud en cualquier parte del país, ya que este programa se encarga de consolidar la información de todos los afiliados y jubilados. Una de las bondades del moderno sistema médico AS400, es que automáticamente detecta si el patrono ha aportado o no, así el afiliado sabe si puede ser atendido o no.

Para un mejor desempeño en el área contable se utiliza un sistema de información contable llamado “ZEBRA” el cual permite a la entidad llevar un control de las actividades financieras y resumirlas en forma útil para la toma de decisiones.

Dentro del área de recursos humanos se ejecuta el programa “EVOLUTION” en el cual se manejan datos del personal que labora en la institución, sus sueldos, roles, boletas de pago, actas, liquidaciones, así también genera reportes, como certificados de trabajo.

Con el propósito de agilizar el flujo de documentación digital, controlando la generación de papel impreso, que además de ahorrar recursos permite conservar el medio ambiente, se trabaja con el sistema QUIPUX a través del cual la gestión administrativa es más ágil y oportuna. Además, que este es un sistema aplicado a nivel ejecutivo de la Presidencia de la República, que cumple con las normas del manejo administrativo en el sector público a nivel nacional.

La unidad médica hace uso de la tecnología para una mejor realización de sus procesos actualmente cuenta con equipos tecnológicos modernos como lo son:

CANT.	DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	MARCA	MODELO	UBICACIÓN
1	EQUIPO PORTATIL DE RAYOS X	GBA	MOBILEX 200 E	IMAGEN
1	ECOSONOGRAFO DOPPLER COLOR	TOSHIBA	SSA550A	IMAGEN
1	SISTEMA RADIOLOGICO DIGITAL DE ALTA FRECUENCIA	DRGEM	GXR-52S	RAYOS X
1	MAQUINA DE ANASTESIA	PENLON	ECOFLOW	QUIROFANO
1	EQUIPO DE VIDEO COLPOSCOPIA	BIOLIGHT	BLT-870	GINECOLOGIA
1	MAMOGRAFO	PLANMED	SOPHIE CLASSI	IMAGENOLOGIA
1	SISTEMA DE DIGITACIÓN DE PLACAS	FUJI FIL		IMAGENOLOGIA
1	ANALIZADOR AUTOMATIZADO DE QUÍMICA CLÍNICA	MINDRAY	BS-400	LABORATORIO
1	CONTADOR HEMATOLÓGICO	SYSMEX	XS-800i	LABORATORIO

Tabla N° 1: Equipos Médicos

**Fuente:** Inventario de Equipos médicos, 2013

**Legales:** La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, para el desarrollo de sus actividades se basa a las siguientes disposiciones legales.

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley de Seguridad Social
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, y su Reglamento
- Normas Ecuatorianas de Contabilidad

- Código de Trabajo
- Normas de contabilidad Gubernamental
- Normas de Presupuesto
- Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS
- Estatuto Codificado del IESS y sus reformas

### **2.1.5 Visión estratégica**

Dentro de la visión estratégica de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se pudo identificar lo siguiente:

#### **Visión**

Constituir en el mejor Sistema Público de Prestación de Servicios de Salud, alineados a la Ley de la Seguridad Social, ser reconocidos por sus altos estándares de calidad, tecnología de punta, procesos de investigación, desarrollo y respetando al medio ambiente.<sup>23</sup>

#### **Misión**

Brindar servicios de Salud a los afiliados, usuarios del HOSPITAL IESS MACAS, mediante una gestión integral, solidaria aplicando tecnología actualizada, en una infraestructura moderna, promoviendo la capacitación, investigación y respeto al medio ambiente con profesionales calificados y orientados al servicio.<sup>24</sup>

#### **Objetivo General**

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, es la unidad médica responsable de la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la atención primaria de consulta externa.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Rendición de cuentas 2013, p. 5.

<sup>24</sup> Rendición de cuentas 2013, p. 5.

<sup>25</sup> Art.8 Reglamento general de unidades médicas del IESS.

## 2.1.6 Análisis FODA

El análisis FODA nos permite conocer la situación actual de la institución para tomar decisiones en función del diagnóstico y acorde con los objetivos y políticas que se han planteado.

Es importante tener un diagnóstico de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas no sólo en su ámbito interno, si no también dentro del contexto externo, para identificar las variables que afectan a la institución para el cumplimiento de sus metas, así como los puntos fuertes que permitirían contrarrestar éstos aspectos y con la combinación de ambos, proyectar escenarios futuros.

El resultado del análisis FODA realizado por los directivos de la Unidad se presenta a continuación:

<b>MATRIZ FODA</b>			
<b>ENTORNO (MEDIO EXTERNO)</b>			
<b>OPORTUNIDADES (+)</b>		<b>AMENAZAS (-)</b>	
1	Servicios de salud satisfactorios para el usuario	1	Insatisfacción del usuario
2	Ofertar servicios eficientes y de calidad	2	No hay programas de capacitación Institucional
3	Análisis de costos debidamente financiados	3	Decisiones políticas de turno
4	Capacitación y formación científica del equipo humano	4	Afiliados disgregados
5	Disponer de un presupuesto sustentable y definido	5	Inseguridad de flujo de recursos económicos
6	Plan de atención integral de los servicios de salud/afiliados	6	Sujetos de críticas por diversos estamentos
7	Empoderamiento del Sistema	7	Demora en los trámites administrativos
8	Presupuesto estable	8	Presupuesto centralizado
<b>FORTALEZAS (+)</b>		<b>DEBILIDADES (-)</b>	
1	Disponer de infraestructura propia	1	Control de pacientes crónicos referidos
2	Talento humano calificado	2	Presupuesto no es aprobado oportunamente
3	Venta de servicios	3	Demora en las autorización requeridas
4	Atención oportuna a los pacientes crónicos	4	Tratamiento médico a través de protocolos
5	Equipamiento de punta	5	Los servicios institucionales poco difundidos
6	Gastos a través del ordenador	6	Desconocimiento de las necesidades del cliente
7	Procesamiento en los servicios ofertados	7	Mejorar el cuadro básico de medicamentos
8	Atención oportuna y de fácil acceso	8	Falta de recursos profesionales acordes al sistema
<b>INSTITUCIÓN (MEDIO INTERNO)</b>			

**Fuente:** Plan Operativo Anual de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, año 2012.

### **2.1.7 Matriz Insumo Proceso Producto**

Para el desarrollo de la matriz de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se ha optado como principal servicio la consulta externa con sus medios complementarios como: exámenes de laboratorio, Rayos X, y farmacia, ya que hoy en día mediante los programas implantados por el gobierno en curso, se está optando por la medicina preventiva para así disminuir la morbilidad y mortalidad, por lo que se les ha considerado a éstos como principales componentes a auditar.

Para el caso de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas el resultado de la matriz se presenta a continuación:

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**MATRIZ DE INSUMO – PROCESO – PRODUCTO**

INSUMOS	PROVEEDORES	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Afiliados al seguro general, jubilados, voluntarios sus cónyuges o conviviente, hijos e hijas de hasta 18 años de edad y del Monte Pío del cantón Morona y la provincia.</li> <li>✓ Profesionales de la salud.</li> <li>✓ Infraestructura física: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción</li> <li>• Estadística</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Consulta externa por especialidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina Interna</li> <li>- Ginecología y Obstetricia</li> <li>- Cirugía General</li> <li>- Traumatología</li> <li>- Pediatría</li> <li>- Medicina Preventiva</li> <li>- Anestesiología</li> <li>- Medicina General</li> <li>- Odontología</li> <li>- Nutrición</li> </ul> </li> <li>• Servicios complementarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio clínico</li> <li>- Imagenología</li> <li>- Rehabilitación</li> </ul> </li> <li>• Emergencia y,</li> <li>• Hospitalización.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interno (empleados y funcionarios del IESS)</li> <li>✓ Externo: Instituciones públicas, privadas y ciudadanía en general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consulta externa <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exámenes de laboratorio</li> <li>○ Exámenes de rayos X</li> <li>○ Farmacia</li> </ul> </li> </ul> <p>Cada uno de los principales procesos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se detalla en los flujogramas presentados en los Anexos N° 3,4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Afiliados al IESS atendidos en mejora y/o recuperación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Afiliados al IESS</li> <li>✓ Hospitales de Mayor Complejidad como son: H. José Carrasco Arteaga, Hospitales de Ambato, Riobamba entre otros.</li> </ul>
Realizado por: Mariela Noguera Y. Revisado por: Ing. René Coronel		Fecha: 15/03/2014 Fecha: 21/03/2014		

**2.1.8 Cuestionario de control interno preliminar y calificación del riesgo Preliminar**

A continuación se presenta el cuestionario de control interno preliminar aplicado mediante el método COSO a través del cual se pretende adquirir la comprensión del sistema organizativo y operativo de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas:

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b> <b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b> <b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b> <b>CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO PRELIMINAR</b>						
N°	PREGUNTAS	SI/NO	POND.	CALIF. POND	OBSERVACIONES	
<b>1</b>	<b>AMBIENTE DE CONTROL</b>					
	<b>A) Integridad y valores éticos</b>					
<b>1.2</b>	¿La máxima autoridad ha establecido por escrito el código de ética aplicable a todo el personal y sirve como referencia para su evaluación?	NO	0	5%	0%	Para el personal médico sirve de referencia el código de ética establecido por la federación médica ecuatoriana.
<b>1.3</b>	¿El código de ética ha sido difundido a todo el personal de la entidad, proyecto o programa y se ha verificado su comprensión?	NO	0	3%	0%	En las diferentes reuniones de trabajo la máxima autoridad explica a todo el personal sobre la aplicación de la ética profesional, sin embargo no existe documentación física de respaldo
	<b>B) Administración estratégica</b>					
<b>1.4</b>	¿La entidad para su gestión, mantiene un sistema de planificación en funcionamiento y debidamente actualizado?	SI	1	5%	5%	Cada departamento presenta las necesidades para la elaboración del plan operativo anual, procesos que se encarga el director de enviar quito para que se dé el debido trámite de aprobación.
<b>1.5</b>	¿El sistema de planificación de la entidad incluye un plan plurianual y planes operativos anuales?	SI	1	5%	5%	

1.6	¿Se considera dentro del plan operativo anual la función, misión y visión institucionales y éstas guardan consistencia con el plan nacional de desarrollo y con los lineamientos del organismo técnico de planificación?	SI	1	4%	4%	
1.7	¿Se ha informado sobre la gestión realizada mediante el proceso de rendición de cuentas?	SI	1	4%	4%	
1.8	¿Los productos que se obtienen de las actividades de planificación (formulación, ejecución, seguimiento y evaluación), se documentan y difunden a todos los niveles de la organización y a la comunidad?	NO	0	3%	0%	No existe documentación de evidencia física, la difusión se realiza a través de medios de comunicación, reuniones de trabajo etc.
<b>C) Políticas y prácticas del talento humano</b>						
1.9	¿Los puestos de dirección están ocupados por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	SI	1	4%	4%	
1.10	¿Los mecanismos para el reclutamiento, evaluación y promoción del personal, son transparentes y se realizan con sujeción a la ley y a la normativa pertinente?	SI	1	5%	5%	Se los realiza en la ciudad de Quito
1.11	¿Los servidores asignados para el reclutamiento de personal, se encuentran capacitados debidamente en las distintas materias a considerarse dentro del concurso?	SI	1	3%	3%	
1.12	¿Se han establecido procedimientos apropiados para verificar los requisitos y perfil requeridos de los candidatos?	SI	1	3%	3%	
1.13	¿Se informa al personal nuevo, de sus responsabilidades y de las expectativas de la máxima autoridad, de preferencia mediante una descripción detallada de sus puestos, que se mantendrá actualizada durante el tiempo en que preste sus servicios?	SI	1	3%	3%	Se informa verbalmente sobre sus responsabilidades, su cargo se estipula en el contrato.
1.14	¿Para las evaluaciones del desempeño de los servidores, se aplican criterios de integridad y valores éticos?	SI	1	2%	2%	Según formularios del ministerio del trabajo.
1.15	¿Se ha elaborado un plan de capacitación que contemple la orientación para el personal nuevo y la actualización de todos los servidores?	NO	0	5%	0%	
1.16	¿La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado y actualizado?	NO	0	4%	0%	Se toma en base al manual general del IESS.
<b>D) Estructura organizativa</b>						
1.17	¿La entidad cuenta con una estructura organizativa que muestre claramente las relaciones jerárquico-funcionales?	SI	1	3%	3%	

1.18	¿Dentro de la estructura de la organización, se han establecido líneas claras para la presentación de informes que abarquen las funciones y el personal de la entidad?	SI	1	3%	3%	
1.19	¿Las funciones y responsabilidades se delegan por escrito, sobre la base de las disposiciones legales, normativas y reglamentarias vigentes?	NO	0	4%	0%	Es comunicado verbalmente no posee documentación física en que se detalle las funciones y responsabilidades.
1.20	¿Se cuenta con un manual de procedimientos aprobado y actualizado?	NO	0	4%	0%	Se trabaja según el de la normativa general del IESS.
<b>E) Sistemas computarizados de información</b>						
1.21	¿Existe sistemas de información computarizados para el registro y control de las operaciones de la entidad, programa o proyecto?	SI	1	3%	3%	
1.22	¿Los sistemas y su información están protegidos y son manejados por personal autorizado?	SI	1	4%	4%	
1.23	¿El personal responsable de la custodia de los sistemas y de su información, tiene definidos los accesos?	SI	1	5%	5%	
1.24	¿Existen listas del personal autorizado, que especifiquen los límites de su autorización; se las mantienen actualizadas y se verifican?	SI	1	3%	3%	Las mantienen en la dirección de Quito
1.25	¿La información confidencial, se cifra para proteger su transmisión?	SI	1	5%	5%	Parametrización del sistema AS400
1.26	¿Se conservan copias de respaldo de los archivos, programas y documentos relacionados?	SI	1	5%	5%	
1.27	¿Se han documentado debidamente los programas, aplicaciones y procedimientos que se emplean para procesar la información?	SI	1	3%	3%	Son manejados en QUITO
2	<b>EVALUACIÓN DE RIESGOS</b>					
2.1	¿La entidad cuenta con plan estratégico?	NO	0	8%	0%	
2.2	¿El plan estratégico es dado a conocer a los empleados de la institución?	NO	0	5%	0%	
2.3	¿La entidad ha establecido los objetivos, considerando la misión, las actividades y la estrategia para alcanzarlos?	NO	0	7%	0%	
2.4	¿Los objetivos son consistentes entre sí y con las regulaciones de creación de la entidad?	NO	0	7%	0%	
2.5	¿Las actividades principales, están orientadas al logro de los objetivos y se consideraron dentro del plan estratégico?	NO	0	7%	0%	
2.6	¿Al definir los objetivos, se incluyó los indicadores institucionales y las metas de producción?	NO	0	5%	0%	
2.7	¿Se han determinado los recursos necesarios, para alcanzar las metas establecidas?	SI	1	8%	8%	De acuerdo al presupuesto disponible

2.8	¿La entidad, ha realizado el mapa de riesgo considerando: factores internos y externos, puntos claves, interacción con terceros, objetivos generales y particulares, así como amenazas que se puedan afrontar?	SI	1	7%	7%	Análisis FODA
2.9	¿Existe un plan de mitigación de riesgos?	SI	1	5%	5%	Se lo mantiene en la matriz de Quito.
2.10	¿La administración ha valorado los riesgos considerando la probabilidad y el impacto?	SI	1	5%	5%	
2.11	¿Existen los respaldos necesarios de la información de la entidad, en caso de desastres?	NO	0	8%	0%	Existe respaldo de la información de atención médica por el sistema AS400 (QUITO-GUAYAQUIL)
2.12	¿Las transacciones de la entidad, se sustentan con documentos originales o fotocopias?	SI	1	7%	7%	Se manejan la documentación original.
2.13	¿Se realizan transacciones, con la debida autorización?	SI	1	7%	7%	Para todo trámite se lo ejecuta siempre y cuando esté autorizado por la máxima autoridad.
2.14	¿Se han asignado actividades de control a personal nuevo, estando capacitados debidamente?	SI	1	7%	7%	
2.15	¿Se han instalado nuevos sistemas informáticos, una vez realizadas las pruebas previas a su uso?	SI	1	7%	7%	Para hacer uso de un sistema se realiza las pruebas de control para garantizar su desempeño.
<b>3</b>	<b>ACTIVIDADES DE CONTROL</b>					
3.1	¿Se han definido procedimientos de control, para cada uno de los riesgos significativos identificados?	SI	1	9%	9%	
3.2	¿Los procedimientos de control son aplicados apropiadamente y comprendidos por el personal de la entidad?	SI	1	9%	9%	
3.3	¿Se realiza un control por área de trabajo, de la ejecución o desempeño?	SI	1	7%	7%	Reportes del sistema AS400
3.4	¿Se realizan informes objetivos y oportunos de los resultados obtenidos por la aplicación de los distintos controles establecidos?	SI	1	7%	7%	
3.5	¿Existe en la entidad la segregación de funciones?	SI	1	9%	9%	
3.6	¿Las operaciones de la entidad, se autorizan, efectúan y aprueban conforme a las disposiciones legales vigentes y a las instrucciones de las autoridades responsables de su administración?	SI	1	9%	9%	
3.7	¿Se han impartido por escrito, las actividades de cada área de trabajo?	NO	0	9%	0%	
3.8	¿Se han establecido procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones de la entidad?	SI	1	9%	9%	Reportes del sistema AS400

3.9	¿La supervisión se realiza constantemente, con el fin de asegurar que se cumpla con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales?	SI	1	7%	7%	
3.10	¿La documentación tanto física como magnética es accesible a la alta dirección, a los niveles de jefatura y supervisión, para fines de evaluación?	SI	1	7%	7%	
3.11	¿Está debidamente controlado, el acceso a los sistemas de información?	SI	1	9%	9%	Cada usuario tiene clave
3.12	¿Se han establecido controles, que permitan detectar accesos no autorizados?	SI	1	9%	9%	Llamadas, uso de internet
<b>4</b>	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>					
4.1	¿Considera que los sistemas de información que dispone son seguros, ágiles, oportunos y útiles para la toma de decisiones?	SI	1	35%	35%	
4.2	¿Se comunica al personal de la entidad sobre las actividades y responsabilidades que deben realizar?	SI	1	25%	25%	Se realiza verbalmente por lo tanto no existe documentación física de respaldo.
4.3	¿Existen canales de comunicación adecuados para reportar quejas, sugerencias y demás información dentro de la institución?	SI	1	25%	25%	
4.4	¿Los mecanismos establecidos, garantizan la comunicación entre todos los niveles de la organización?	SI	1	15%	15%	
<b>5</b>	<b>SUPERVISIÓN</b>					
5.1	¿Se evalúa y controla las actividades y responsabilidades asignadas al personal de la institución?	SI	1	30%	30%	Evaluación de personal
5.2	¿Existen acciones de control y seguimiento para cada departamento?	SI	1	30%	30%	Auditorias, arqueos, informes mensuales.
5.3	¿Se realiza un monitoreo continuo por el director de la entidad?	SI	1	15%	15%	Siempre a cada momento
5.4	¿Se investiga, evalúa y corrige las deficiencias encontradas en la entidad?	SI	1	25%	25%	

Para la evaluación del control interno preliminar se trabajó en base a la siguiente calificación:

<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>		
<b>BAJO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
15%-50%	51% - 75%	76% - 95%
85%-50%	49% - 25%	24% - 5%
<b>ALTO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>NIVEL DE RIESGO (100-NC)</b>		

Tabla N° 2: Nivel de riesgo y de Confianza  
Fuente: La autora

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de control interno preliminar mediante método COSO en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas son los siguientes:

El nivel de riesgo y confianza obtenido:

<b>CALIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO COSO</b>					
<b>COMPONENTE</b>	<b>% N.C</b>	<b>% N.R</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>		
			<b>ALTA</b>	<b>MODERADA</b>	<b>BAJA</b>
AMBIENTE DE CONTROL	72%	28%		X	
EVALUACIÓN DE RIESGOS	53%	47%		X	
ACTIVIDADES DE CONTROL	91%	9%	X		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	100%	0%	X		
SUPERVISIÓN	100%	0%	X		

Tabla N° 3: Resultados de calificación por componentes (COSO)

**Fuente:** La autora

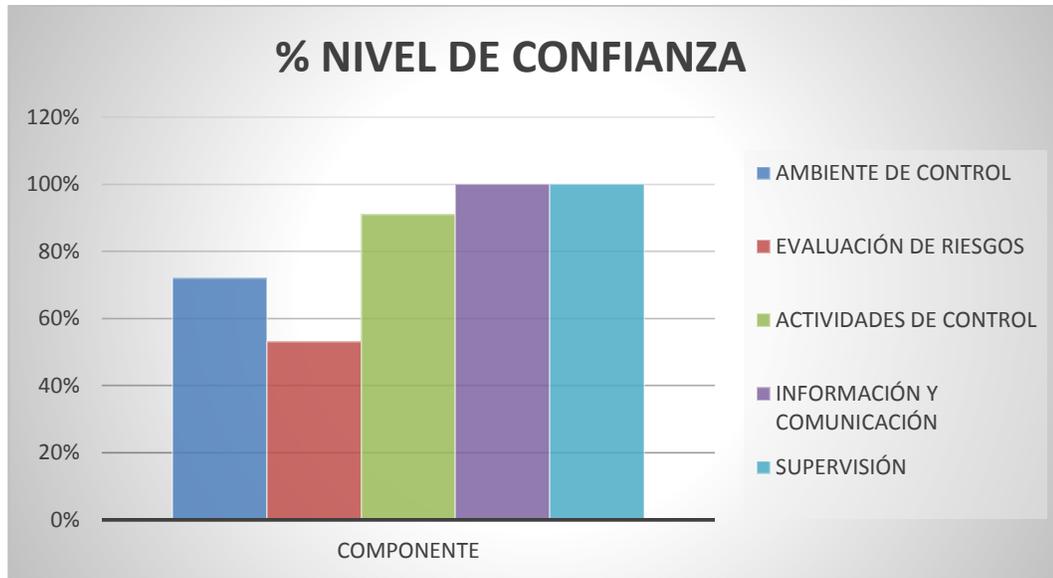


Gráfico N° 1: Resultados de calificación por componentes (COSO)

Fuente: La autora

### Resultados de la evaluación del sistema de control interno preliminar:

$$\text{NIVEL DE CONFIANZA} = \frac{\text{Calificación Total}}{\text{Ponderación Total}} \times 100$$

$$\text{NIVEL DE CONFIANZA} = \frac{416}{500} \times 100$$

$$\text{NIVEL DE CONFIANZA} = 83\%$$

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas en la evaluación del sistema de control interno preliminar se obtuvo un 17% de nivel de riesgo por lo tanto su nivel de confianza es alto por lo que es necesaria la aplicación de pruebas de cumplimiento para conocer la gestión institucional.

#### 2.1.9 Matriz de evaluación preliminar

La matriz de evaluación del riesgo Inherente de auditoría se realizó en base a los resultados obtenidos del cuestionario de control interno preliminar aplicado a la entidad, el mismo que consta en el Anexo N° 5.

### 2.1.10 Informe de la fase I: Planificación preliminar

El informe consta unificado uno solo en el informe final de auditoría.

## 2.2 PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA

En la fase de planificación específica se procede a evaluar el cumplimiento del control interno de la unidad, calificar el nivel de riesgo y de confianza, facilitándonos medir la eficiencia, eficacia y calidad en los servicios prestados por la entidad, y seleccionar los procedimientos de auditoría a ser aplicados por componente en la fase de ejecución mediante la elaboración de los programas respectivos.

### 2.2.1 Objetivos de la fase II

- Evaluar el control interno de la Unidad de Atención ambulatoria del IESS-Macas.
- Calificar el nivel de confianza y riesgo de los componentes auditados.
- Elaborar programas de auditoría por componente

### 2.2.2 Programa de fase II: Planificación específica

El programa de auditoría establecido para la fase II es el siguiente:

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>				
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>				
<b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>				
<b>PROGRAMA DE FASE II</b>				
<b>No</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>	<b>P/T</b>
1	Analice la información obtenida en la Fase I	Mariela Noguera	18/04/2014	FPE
2	Elaborar y aplicar los cuestionarios de control interno por componente.	Mariela Noguera	12/05/2014	FPE-CE FPE-L FPE-RX FPE-F

3	Evaluación de los niveles de riesgo y confianza.	Mariela Noguera	12/05/2014	FPE-CE FPE-L FPE-RX FPE-F
4	Realizar la Matriz de Riesgo Específica por componente.	Mariela Noguera	12/05/2014	FPE-CE FPE-L FPE-RX FPE-F
5	Establecer el Plan de Muestreo	Mariela Noguera	14/05/2014	FPE
6	Elaborar los programas de Auditoría por componente	Mariela Noguera	14/05/2014	FPE-CE FPE-L FPE-RX FPE-F
7	Realizar el informe de control interno	Mariela Noguera	19/05/2014	FPE
8	Comunicar los resultados de control interno.	Mariela Noguera	19/05/2014	FPE
9	Elaboración del Informe de la Planificación Específica: Fase II.	Mariela Noguera	19/05/2014	FPE

### **2.2.3 Evaluación del control interno**

Se procederá a evaluar el sistema de Control Interno de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas en sus componentes definidos como: Consulta externa, Laboratorio, Rayos X, y Farmacia.

### **2.2.4 Cuestionarios y calificación del control interno**

Por motivos de presentación se ejemplificara únicamente uno de los cuestionarios de Control Interno aplicado al componente de: Farmacia.

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE CONTROL INTERNO**

**COMPONENTE:** Farmacia

N°	PREGUNTAS	SI/NO	PT	CT	OBSERVACIONES	
1	¿Se maneja en el Área indicadores para medir el logro de los objetivos, resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía?	NO	0	5%	0%	
2	¿El egreso de medicinas se lo realiza a través de recetas autorizadas por el médico tratante?	SI	1	5%	5%	El médico otorga la receta mediante el sistema AS400 y en farmacia se verifica.
3	¿La medicina para el área de emergencia y hospitalización se despacha previa orden de médicos residentes?	SI	1	5%	5%	
4	¿Se lleva un control adecuado sobre los ingresos y egresos de medicamentos?	SI	1	5%	5%	Kardex, informes mensuales, y a través del sistema
5	¿Los medicamentos son almacenados con ciertos parámetros de seguridad?	SI	1	5%	5%	Reg., sanitario, Temperaturas requeridas, caducidad.
6	¿Las personas que atienden en farmacia son especialistas en esta área de la medicina?	SI	1	5%	5%	Solo la encargada de farmacia.(Q.F) y una Auxiliar
7	¿Las funciones que desempeñan los empleados dentro del departamento son evaluadas?	SI	1	5%	5%	
8	¿Farmacología estudia y propone de acuerdo al cuadro básico de medicamentos los fármacos que debe adquirir el Hospital de acuerdo a la patología de cada área?	SI	1	5%	5%	
9	¿Se asesora a la Dirección para la adquisición de medicamentos considerando la fecha de caducidad, volumen y tiempo de consumo según la demanda?	SI	1	5%	5%	Para la caducidad ya viene establecido en los contratos siempre debe ser mayor a 12 meses.
10	¿Existen medicamentos caducados almacenados?	NO	0	5%	0%	
11	¿El espacio físico de su departamento es funcional?	SI	1	5%	5%	
12	¿Existe el suficiente personal en el área para la atención al usuario?	SI	1	5%	5%	
13	¿Se realiza con frecuencia verificaciones de los medicamentos con fines de control en cuanto a calidad, caducidad e higiene?	SI	1	5%	5%	Sistema AS400
14	¿Se elaboran reportes acerca del desenvolvimiento del departamento?	NO	0	5%	0%	
15	¿Se toman las medidas de seguridad necesarias al momento de la llegada de medicamentos?	SI	1	5%	5%	En cuanto a las ampollas la temperatura, sello del IESS, registro sanitario.

16	¿Se realizan constataciones físicas periódicas de medicinas e insumos?	SI	1	5%	5%	Desde contabilidad constatan que estén al día.
17	¿Cuenta con los materiales y equipos necesarios para el normal desenvolvimiento del departamento?	SI	1	5%	5%	
18	¿El personal del área cumple con los horarios específicos de la institución?	SI	1	5%	5%	
19	¿Se revisa mensualmente el stock de medicamentos que se dispone en Farmacia interna?	SI	1	5%	5%	AS400
20	¿Existe la debida comunicación con los otros departamentos de la organización?	SI	1	5%	5%	

### 2.2.5 Informe de la calificación del nivel de confianza y riesgo de los componentes Auditados de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas

Los resultados obtenidos de acuerdo a los cuestionarios de Control Interno aplicados a los Componentes identificados de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas son los siguientes:

<b>RESULTADO GENERAL</b>			
<b>COMPONENTE</b>	<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>	<b>ENFOQUE</b>
Consulta Externa	79%	21%	Cumplimiento
Laboratorio	77%	23%	Cumplimiento
Rayos X	80%	20%	Cumplimiento
Farmacia	85%	15%	Cumplimiento

Tabla N° 4: Resultados por componente

**Fuente:** La autora.

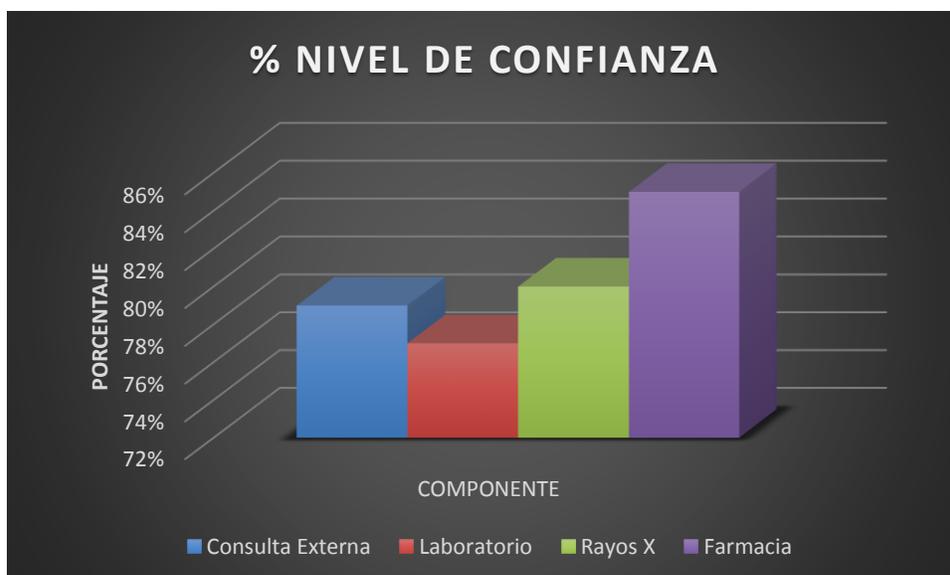


Gráfico N° 2: Resultados por Componente

**Elaborado por:** La autora.

De los cuestionarios aplicados a los componentes de Consulta externa, Laboratorio, Rayos X, Farmacia se obtuvo que el nivel de confianza es alto por los diferentes controles existentes para el desarrollo de las actividades en cada área, como consecuencia su riesgo es bajo por lo que es necesaria la aplicación de pruebas de cumplimiento para cada uno de estos componentes. Cabe recalcar que de los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios para cada componente se pudo elaborar las respectivas matrices de riesgo específico por componente con la que se facilitó la realización de los programas de auditoría con las diferentes actividades que se aplicaran en la fase de ejecución de la presente auditoría.

### 2.2.6 Informe de control interno

Los resultados de control Interno se ven reflejados en el Informe final de Auditoría.

### 2.2.7 Plan de muestreo

Para llevar a cabo la ejecución de la Auditoría de Gestión en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se seleccionará una muestra en cada procedimiento determinado en los programas de auditoría.

Para seleccionar la muestra, se ha optado por aplicar el muestreo no estadístico basado en el criterio del auditor, para dicho efecto se fundamentara en el conocimiento previo de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, y de los resultados que se obtienen de la evaluación de Control Interno aplicada, así como también se tomara en cuenta el muestreo estadístico, complementado a esto mediante la selección aleatoria considerando para cada uno de los procedimientos a realizarse.

**Selección de la muestra de auditoría para los componentes identificados:**

Para la aplicación de las encuestas sobre el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se consideró al número de pacientes que acudieron diariamente por consulta externa en el 2013, según datos entregados por estadística en promedio diario es de 105 pacientes, se ha tomado al 50% del total de pacientes que en promedio acuden que corresponden a 52 personas a las que se les procedió a aplicar la encuesta de satisfacción, así también poder obtener información necesaria para la ejecución de la auditoría.

Dada la naturaleza y objetivos de las diferentes pruebas a aplicarse en la ejecución de la auditoría se aplicara el muestreo no estadístico basado en el criterio del auditor, así como también se tomara en cuenta el muestreo estadístico, complementado a esto mediante la selección aleatoria.

Para la verificación de las evaluaciones de desempeño se tomó en base al número de funcionarios, de los cuales se consideró como muestra a evaluarse a 7 carpetas de los funcionarios.

Para el cálculo de la muestra para cada procedimiento se ha realizado en base al siguiente formato:

<b>PLAN DE MUESTREO</b>				
				<b>SÍMBOLO</b>
<b>Universo:</b>	Total de elementos producidos o generados			<b>U</b>
<b>Población</b>	Número de elementos de la población estratificada			<b>N</b>
<b>Unidad de medida o muestreo:</b>	Producto o servicio			<b>u</b>
<b>Nivel de Riesgo de Control</b>	RIESGO BAJO: RC = 1	RIESGO MODERADO: RC = 2	RIESGO ALTO: RC = 3	<b>RC =</b>
<b>Límite de precisión porcentual o relativo</b>	Según calificación del riesgo de control: en general se asigna entre el 90% y 99%.			<b>P</b>
<b>Porcentaje de error esperado</b>	R = 1	. % más cercano al 95%		<b>100% - P</b>
	R = 2	. % más cercano al 97%		
	R = 3	. % más cercano al 99%		
<b>Límite de precisión numérico</b>	$NP = N \times P$	Ej: 100 x 5% = 5	Con R = 1 y P = 95%	<b>NP =</b>
<b>Intervalo de muestreo</b>	$i = NP/Rc$	Ej: 5/ 1 = 5	Con NP = 5 y Rc = 1	<b>81</b>
<b>Muestra:</b>	$g n = N/i$	100/5 = 20 ítems		<b>g n =</b>

### **Determinación de la muestra por procedimiento:**

El resultado de las muestras obtenidas por procedimientos se presenta a continuación:

### **CONSULTA EXTERNA:**

- Historias Clínicas.

<b>Universo:</b>	<b>U</b>	<b>24.818</b>
<b>Población</b>	<b>N</b>	<b>24.818</b>
<b>Unidad de medida o muestreo:</b>	<b>u</b>	<b>HISTORIAS CLINICAS</b>
<b>Nivel de Riesgo de Control</b>	<b>RC =</b>	<b>1</b>
<b>Límite de precisión porcentual o relativo</b>	<b>P</b>	<b>95%</b>
<b>Porcentaje de error esperado</b>	<b>100% - P</b>	<b>5%</b>
<b>Límite de precisión numérico</b>	<b>NP =</b>	<b>1.240,90</b>

<b>Intervalo de muestreo</b>	i =	1.241
<b>Muestra:</b>	g n =	20,00

Tabla N° 5: Muestreo Consulta Externa – Historias Clínicas

Fuente: La Autora

- Referencias y contra referencias

<b>Universo:</b>	U	<b>22.498</b>
<b>Población</b>	N	<b>300</b>
<b>Unidad de medida o muestreo:</b>	u	<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS</b>
<b>Nivel de Riesgo de Control</b>	RC =	<b>1</b>
<b>Límite de precisión porcentual o relativo</b>	P	95%
<b>Porcentaje de error esperado</b>	100% - P	5%
<b>Límite de precisión numérico</b>	NP =	15,00
<b>Intervalo de muestreo</b>	i =	15
<b>Muestra:</b>	g n =	20,00

Tabla N° 6: Muestreo Consulta Externa - Referencias

Fuente: La Autora

## FARMACIA:

- Medicamentos

<b>Universo:</b>	U	<b>856</b>
<b>Población</b>	N	<b>856</b>
<b>Unidad de medida o muestreo:</b>	u	<b>MEDICAMENTOS</b>
<b>Nivel de Riesgo de Control</b>	RC =	<b>1</b>
<b>Límite de precisión porcentual o relativo</b>	P	95%
<b>Porcentaje de error esperado</b>	100% - P	5%
<b>Límite de precisión numérico</b>	NP =	42,80
<b>Intervalo de muestreo</b>	i =	43
<b>Muestra:</b>	g n =	20,00

Tabla N° 7: Muestreo Farmacia - Medicación

Fuente: La Autora

Para la selección de las muestras de cada uno de los procedimientos establecidos en los programas se aplicara la técnica de selección aleatoria considerando la posibilidad de

que todos los ítems, documentos, etc., sean sujetos de evaluación, también será tomado en cuenta el criterio del auditor.

### **2.2.8 Matriz de riesgo por componente**

Mediante la aplicación de los cuestionarios de control interno por componente se pudo elaborar la matriz de riesgo específica por cada uno de los componentes identificados, se presenta como ejemplo la matriz de riesgo específica de Consulta externa.

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IEES-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**Matriz de Riesgo Específico**

COMPONENTE	AFIRMACION	CALIFICACIÓN DE RIESGO		CONTROL CLAVE	ENFOQUE DE AUDITORIA	
		INHERENTE	CONTROL		PRUEBAS SUSTANTIVAS	PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<p><b><u>EFICACIA:</u></b></p> <p>Se cumplió con el número de pacientes atendidos.</p>	<p>Bajo</p> <p>De acuerdo a la calificación del riesgo preliminar de la UAA IEES-Macas el riesgo es del 17% con un Nivel de confianza del 83%</p>	<p>De la evaluación de control interno realizada al Área de consulta externa se obtuvo un Nivel de Confianza Alto ubicado en un 79% y por consecuencia su Nivel de Riesgo es bajo con un 21%.</p> <p>Se realizan una serie de procedimientos previa la atención médica.</p> <p>Se maneja un sistema de referencia y contra referencia.</p> <p>Se emiten reportes de producción.</p> <p>Se trabaja con la parametrización</p>	<p>Control del ingreso y salida de funcionarios (reloj biométrico)</p> <p>Parametrización del sistema AS400</p>	<p>Aplicar los indicadores para medir el cumplimiento de las metas planteadas.</p>	<p>Constatar que se encuentre registrado en la HC de los pacientes la toma de SV, procedimiento previo a la atención médica.</p> <p>Constatar la existencia y legalidad de las referencias y contra referencias realizadas.</p> <p>Verificar que el personal haya participado en capacitaciones según su cargo.</p>

	<p><b><u>EFICIENCIA:</u></b> Productividad médica en consulta (total de consultas efectuadas/total de horas trabajadas o contratadas)</p> <p><b><u>CALIDAD:</u></b> Se medirá el nivel de satisfacción de los usuarios mediante encuestas sobre el servicio de Consulta externa brindado en la UAAI-Macas.</p> <p>Se determinará el cumplimiento con los medios básicos establecidos para el desarrollo de actividades.</p>		<p>del sistema AS400 para atención médica. No se han realizado capacitaciones al personal médico por cuenta de la institución.</p>	<p>- Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes por los servicios recibidos. - Visitas realizadas por el personal del Ministerio de salud Pública.</p>	<p>Aplicar encuestas a los afiliados de la UAAIESS-Macas para medir el nivel de satisfacción con el servicio de Consulta externa recibido.</p>	<p>Comprobar la existencia de la señalética necesaria, y condiciones técnicas como lo son espacio físico, y aspectos sanitarios.</p>
--	---	--	--	---	--	--

### **2.2.9 Informe de fase II**

En el informe de esta fase, se incluyen aspectos como los siguientes: Antecedentes, plan de muestreo, resultados de control interno, entre otros. En el presente trabajo varios de estos aspectos ya fueron tratados y constan en el desarrollo de la tesis, por ello a continuación se indica aquellos puntos que también forman parte de este informe:

#### **ANTECEDENTES**

De acuerdo a la Constitución de la República el Estado debe garantizar el derecho a la Salud a través de la Seguridad Social con una atención permanente, los servicios de Salud deben ser oportunos por un Buen Vivir, que constituye un derecho irrenunciable para todas las personas dentro de un marco de obligatoriedad, universalidad con una participación para la atención en Salud de forma colectiva e individual, siendo equitativa, eficiente y solidaria.

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-MACAS se halla ubicada en la capital de la provincia de Morona Santiago al Sur este del Ecuador, limitada al Norte con la Provincia de Pastaza, al sur con la Prov. De Zamora Chinchipe, al este con la República del Perú, y al oeste con las provincias de Azuay, Cañar, y Chimborazo.

Su extensión geográfica alcanza 23796.8Km<sup>2</sup> cuenta con 12 cantones, con una población total que alcanza los 147940 habitantes según el censo del 2010. La población está integrada por colonos, nativos indígenas de la raza shuar, y achuar.

En lo referente a vías de comunicación cuenta con vías carrozables al resto de provincias y cantones excepto el cantón Taisha cuyo acceso es posible por vía aérea, un aeropuerto con características internacionales y 138 pistas de aterrizaje especialmente en Transcutucú (Taisha). La Ciudad de Macas es su capital provincial, geográficamente pertenece al cantón Morona que posee una población de 35000 habitantes se halla a 800 metros sobre el nivel de mar, siendo esta Unidad instalada para cubrir un segmento de la población asegurada del país alcanzando un número de afiliados que asciende actualmente en el cantón a 12000 (inicialmente población asignada 3155) conformados

en activos, jubilados, montepío, voluntarios que pertenecen al seguro individual y familiar.

Esta Unidad fue creada en el año 1981, con 5 empleados con contratos a prueba brindando atención médica en consulta externa, con el transcurso del tiempo se incrementó el servicio de Odontología y laboratorio con la creación de partidas definitivas. Actualmente se estructura con un equipo de profesionales, médicos, paramédicos, administrativos comprometidos sólidamente por un bienestar saludable con toda la clase afiliada de la Provincia por un buen vivir. Posee infraestructura física propia donde presta actualmente los servicios de:

- Recepción
- Estadística
- Enfermería
- Consulta externa por especialidad:
  - Medicina Interna
  - Ginecología y Obstetricia
  - Cirugía General
  - Traumatología
  - Pediatría
  - Medicina Preventiva
  - Anestesiología
  - Medicina General
  - Odontología
  - Nutrición
- Servicios complementarios:
  - Laboratorio clínico
  - Imagenología
  - Rehabilitación
- Emergencia y,
- Hospitalización

El segmento de población que atiende son asegurados de las diferentes instituciones públicas y privadas sean de gobiernos seccionales (Municipio, Consejo Provincial, Educativas (colegios y escuelas urbanas y rurales), sector salud (Hospital civil, Dirección Provincial de Salud), etc., instituciones que amparan a sus empleados bajo el sistema del seguro. Cabe indicar que por la accesibilidad entre cantones se han realizado convenios interinstitucionales con el MSP para la atención de sus afiliados en cinco cantones, ya que únicamente 2 cantones cuentan con servicios del IESS (Morona y Sucúa) y el resto no posee instalaciones del seguro social. Además el seguro Social Campesino posee sus propios dispensarios. Los centros de mayor complejidad se encuentran a 8 – 10 horas de distancia por vía terrestre como es el caso de Cuenca y Riobamba, sitios a donde se transfieren a los pacientes en caso necesario.

Con el fin de medir las metas planteadas por la Unidad de Atención Ambulatoria IESS-MACAS es necesaria una constante evaluación y seguimiento que permita determinar su grado de cumplimiento.

## **RECURSOS HUMANOS Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO**

Personal necesario para la ejecución de la auditoría

### ✓ EQUIPO AUDITOR

NOMBRES	CARGO	CORREO ELECTRONICO	N° CELULAR
MARIELA ALEXANDRA NOGUERA YUMBLA	AUDITOR	mnogurea@est.ups.edu.ec	-

### ✓ SUPERVISIÓN

NOMBRES	CARGO	CORREO ELECTRONICO	N° CELULAR
ING. RENÉ CORONEL	AUDITOR/SUPERVISOR	-	-

✓ TIEMPO A UTILIZARSE

<b>FASE</b>	<b>ETAPA</b>	<b>TIEMPO</b>
FASE I	PLANIFICACION PRELIMINAR	3 SEMANAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el objetivos de la auditoría</li> <li>✓ Determinar la estrategia general aplicable para la auditoría</li> <li>✓ Obtener documentación e información para la planificación y elaboración del archivo permanente.</li> </ul>		
FASE II	PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA	5 SEMANAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planificación de los programas de auditoría</li> <li>✓ Elaboración de los programas de auditoría por componente.</li> <li>✓ Evaluación Específica y diagnóstico del control Interno.</li> </ul>		
FASE III	EJECUCIÓN	7 SEMANAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboración de papeles de trabajo</li> <li>✓ Resumen de los hallazgos significativos por cada componente</li> </ul>		
FASE IV	COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	1 SEMANA
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboración Del Informe final de la Auditoría de gestión</li> <li>✓ Notificación para la lectura del Informe de Auditoría</li> </ul>		
FASE V	SEGUIIMIENTO DE RECOMENDACIONES	2 DÍAS

## 2.2.10 Programa de auditoría por componente

Los programas de auditoría para cada uno de los componentes a aplicarse en la fase de ejecución de la auditoría son los siguientes:

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b> <b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b> <b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b> <b>PROGRAMA DE AUDITORÍA</b> <b>COMPONENTE: CONSULTA EXTERNA</b>				
<b>OBJETIVO:</b> Detallar cada uno de los procedimientos que se llevaran a cabo en la fase de ejecución, con la finalidad de conocer los niveles de eficiencia, eficacia y calidad con los que se maneja el área de Consulta externa.				
No	PROCEDIMIENTOS	ELABORAD O POR	FECHA	PAPEL DE TRABAJO
<b>PRUEBAS SUSTANTIVAS:</b>				
1	Aplicación de indicadores			
2	Aplicar encuestas a los afiliados de la UAAIESS-Macas para medir el nivel de satisfacción con el servicio de Consulta externa recibido.			
<b>PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO:</b>				
3	Mediante una muestra, constatar que se encuentre registrado en la HC de los pacientes la toma de SV, procedimiento previo a la atención médica.			
4	Mediante una muestra, constatar la existencia y legalidad de las referencias y contra referencias realizadas.			
5	Comprobar la existencia de la señalética necesaria, y condiciones técnicas como lo son espacio físico, y aspectos sanitarios.			
6	Verificar que el personal haya participado en capacitaciones según su cargo.			

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: LABORATORIO**

**OBJETIVO:** Detallar cada uno de los procedimientos que se llevaran a cabo en la fase de ejecución, con la finalidad de conocer los niveles de eficiencia, eficacia y calidad con los que se maneja el área de Laboratorio.

No	PROCEDIMIENTOS	ELABORADO POR	FECHA	PAPEL DE TRABAJO
<b>PRUEBAS SUSTANTIVAS:</b>				
1	Aplicación de indicadores			
2	Aplicar encuestas a los afiliados de la UAAIESS-Macas para medir el nivel de satisfacción con el servicio de Laboratorio recibido.			
<b>PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO:</b>				
3	Verificar la existencia de informes de producción			
4	Constatar la existencia de equipos con tecnología para el desarrollo de actividades del área.			
5	Constatar que se cumplan con las normas de bioseguridad.			
6	Comprobar la existencia de la señalética necesaria, y condiciones técnicas como lo son espacio físico, y aspectos sanitarios.			

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: RAYOS X**

**OBJETIVO:** Detallar cada uno de los procedimientos que se llevaran a cabo en la fase de ejecución, con la finalidad de conocer los niveles de eficiencia, eficacia y calidad con los que se maneja el área de Rayos X.

No	PROCEDIMIENTOS	ELABORADO POR	FECHA	PAPEL DE TRABAJO
<b>PRUEBAS SUSTANTIVAS:</b>				
1	Aplicación de indicadores			
2	Aplicar encuestas a los afiliados de la UAAIESS-Macas para medir el nivel de satisfacción con el servicio de Rayos X recibido.			
<b>PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO:</b>				
3	Verificar la existencia de informes.			
4	Verifique si cuentan con el manual de normas de seguridad tanto para el personal como para el paciente.			
5	Comprobar la existencia de la señalética necesaria, y condiciones técnicas como lo son espacio físico, y aspectos sanitarios.			

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**PROGRAMA DE AUDITORÍA**  
**COMPONENTE: FARMACIA**

**OBJETIVO:** Detallar cada uno de los procedimientos que se llevaran a cabo en la fase de ejecución, con la finalidad de conocer los niveles de eficiencia, eficacia y calidad con los que se maneja el área de Farmacia.

No	PROCEDIMIENTOS	ELABORADO POR	FECHA	PAPEL DE TRABAJO
<b>PRUEBAS SUSTANTIVAS:</b>				
1	Aplicación de indicadores			
2	Aplicar encuestas a los afiliados de la UAAIESS-Macas para medir el nivel de satisfacción con el servicio de Farmacia recibido.			
<b>PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO:</b>				
3	Verificar si la información generada en el área de farmacia y las unidades médicas están amparadas en un sistema informático y susceptible de conciliación con documentos como la HC, recetas y despachos de bodega.			
4	Comprobar que la farmacia y las unidades médicas cuentan con un stock permanente de medicamentos e insumos de acuerdo a su capacidad operativa y que estos no hayan expirado			
5	Comprobar si la infraestructura donde funciona la dispensación y utilización de medicinas es la adecuada y cuenta con instalaciones, necesarios para su correcto funcionamiento			

## 2.3 EJECUCIÓN

En esta etapa se ejecuta propiamente la auditoría, se evaluará cada una de las áreas obteniendo toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad, basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentar las conclusiones y recomendaciones de los informes.

### 2.3.1 Objetivos

- Efectuar los procedimientos o pruebas específicas.
- Sustentar los hallazgos con la documentación suficiente, competente y relevante.
- Utilizar técnicas de auditoría.
- Determinar las causas que originaron los hallazgos.

### 2.3.2 Programa de fase III: Ejecución

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>				
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>				
<b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>				
<b>PROGRAMA DE FASE III</b>				
<b>No</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>	<b>P/T</b>
1	Aplicar los procedimientos de auditoría establecidos para cada componente.	Mariela Noguera	12/05/2014	FPE-CE FPE-L FPE-RX FPE-F
2	Diseñar y elaborar los papeles de trabajo.	Mariela Noguera	12/06/2014- 17/06/2014	FE-CCE FE-CL FE-CRX FE-CF
3	Aplicación de los indicadores correspondientes para cada componente.	Mariela Noguera	13/06/2014	FE FE
4	Diseñar y elaborar la hoja de hallazgos para cada componente.	Mariela Noguera	12/06/2014- 18/06/2014	FE FE-CL FE-CRX FE-CF
5	Comunicación provisional de resultados	Mariela Noguera	18/07/2014	FE

### **2.3.3 Aplicación de indicadores**

Los indicadores son elementos de seguimiento y evaluación, que facilitan la determinación del logro en el desempeño laboral o de objetivos y metas previstas, forman parte fundamental en la reprogramación de las acciones, sirve para tomar acciones correctivas inmediatas.

Los indicadores aplicados por cada área examinada se encuentran detallados en el Anexo N° 6.

### **2.3.4 Aplicación de programas de auditoría**

Los programas de auditoría se encuentran detallados en la fase de Planificación específica. El archivo corriente generado en esta fase, se adjunta como anexo, en un CD.

### **2.3.5 Hoja de hallazgos**

La Hoja de Hallazgos es un medio de apoyo en la determinación de los atributos de un hallazgo, así como para valorar su importancia y establecer conclusiones y recomendaciones sobre aquellos asuntos determinados en el estudio de auditoría efectuado.

Como resultado de la aplicación de la auditoría se obtuvieron las siguientes hojas de hallazgo por cada uno de los componentes evaluados:

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**HOJA DE HALLAZGOS**

<b>COMPONENTE: CONSULTA EXTERNA</b>			<b>REALIZADO POR: MARIELA NOGUERA.</b>		
<b>AUSENCIA DE REGISTROS DE PRE CONSULTA DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
En las atenciones médicas concedidas durante el periodo examinado correspondiente al 2013 no constan registrados en la Historia clínica de los pacientes los signos vitales de pre consulta (presión arterial, temperatura, peso y talla) previo al ingreso a la cita médica.	El personal de enfermería previo a que el paciente acuda a la cita médica debe proceder a tomar los Signos Vitales del paciente y registrarlos a través del sistema en la respectiva Historia clínica de cada paciente	La máxima autoridad no ha establecido controles sobre los procedimientos que se llevan a cabo por parte del personal de enfermería, por lo que en algunas Historias clínicas no consta el registro de Signos Vitales.	Desconocimiento de los Signos Vitales, al no estar registradas las pre consultas en la HC de los pacientes citados, genera retraso en el tiempo de atención disponible al médico tratante proceder a realizarlo en el momento que ingresan el paciente a la consulta.	Por desconocimiento de los Signos Vitales del paciente. Al no estar registradas las pre consultas en las respectivas Historias Clínicas, en algunos casos los médicos tratantes debieron realizarlas al momento en que ingresaron a la consulta médica, distraiendo parte de su tiempo disponible para cada consulta.	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas</b>  Dispondrá al personal de Enfermería de la Unidad, realizar la pre consulta de los pacientes y registrarla en su respectiva Historia Clínica, previo al ingreso del paciente a la consulta médica, a fin de que el personal médico tratante conozca los signos vitales del paciente, y pueda brindar un diagnóstico certero dentro del tiempo establecido para cada consulta.

**AUSENCIA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL, REFLEJA DESATENCIÓN AL DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL**

CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
El personal durante el periodo examinado no ha tenido capacitaciones continuas establecidas por parte de la institución de acuerdo al cargo que desempeñan. No se ha proyectado un plan de capacitación en las áreas médicas, a fin de fomentar la actualización y entrenamiento permanente del personal.	Los servidores deben ser entrenados y capacitados en forma obligatoria, constante y progresiva, en función de las áreas de especialización. Ley orgánica de servicio civil y carrera administrativa y de unificación y homologación de las remuneraciones del sector público.	No se han canalizado ejecutorias por parte de la dirección hacia las autoridades superiores para la obtención de recursos que permitan la ejecución de programas de capacitación acorde a las necesidades de la unidad, por lo que el personal del área médica obtiene su actualización y desarrollo profesional por cuenta	Conocimientos desactualizados para desarrollar sus actividades con eficiencia y eficacia.	La ausencia de capacitación en el personal de la unidad, impide el desarrollo eficaz de las actividades que desempeñan los funcionarios, y hace que el personal tenga que optar por capacitarse por su cuenta.	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas</b>  Realizará las gestiones necesarias para que periódicamente se realicen programas de capacitación para los servidores de la unidad, así también se autorice por cuenta de la entidad su asistencia, según el desempeño a eventos relacionados con las actividades propias de cada área, priorizando aquellas que requieran con urgencia mayor actualización. Estas acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades superiores a fin de exigir los recursos necesarios para su realización y estarán fundamentadas en las necesidades prioritarias de la unidad.

	Art.77,78, 79	propia			Asimismo serán objeto de seguimiento para determinar si los resultados garantizan la optimización del servicio público y por ende de los gastos que se realice.
	NCI 407-06 Capacitación y entrenamient o continuo.				

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**HOJA DE HALLAZGOS**

<b>COMPONENTE: LABORATORIO</b>				<b>REALIZADO POR: MARIELA NOGUERA.</b>	
<b>FUNCIONARIOS NO HACEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
No se evidencia el uso de elementos de protección personal en el Laboratorio.	En el manual de bioseguridad del Ministerio de salud pública dispone que en el área de laboratorio clínico se debe utilizar permanentemente los elementos de protección personal: gorro, gafas, mascarilla, blusa impermeable de manga larga y guantes. Art.44 . Reglamento "Manejo de los desechos infecciosos para la red de servicios de salud en el Ecuador"	Falta de cultura preventiva, no se han establecido sanciones al personal que lo incumple.	Accidentes biológicos, heridas por cortopunzantes, contaminación, infecciones al personal.	Funcionarios no utilizan elementos de protección personal conforme a las disposiciones del "Manual de normas de Bioseguridad" emitido por el MSP, en donde se define la obligación de utilizar la indumentaria y accesorios necesarios para la protección del personal de salud y usuarios. La importancia del cumplimiento con el uso de elementos de protección personal eleva la imagen corporativa institucional, y más aún constituye una	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:</b>

				<p>estrategia para impulsar la bioseguridad y prevención de riesgos infecciosos.</p>	<p>Dispondrá al responsable de laboratorio clínico, aplique de manera obligatoria las normas emitidas por el Ministerio de Salud Pública con respecto al cumplimiento de “NORMAS DE BIOSEGURIDAD”.</p> <p><b>A la Encargada de Laboratorio:</b> Cumplirá y hará cumplir la normativa existente para para el funcionamiento, vigilancia y control de laboratorio en sus diferente procesos y áreas con el objeto de proporcionar un servicio eficiente, efectivo, confiable y oportuno de apoyo para diagnóstico, prevención y control médico, exigirá a los servidores y servidoras la utilización permanente de las distintas prendas, en las actividades que corresponda a objeto de precautelar su integridad y fomentar una cultura de atención de calidad a los pacientes. En caso de incumplimiento se aplicaran las sanciones previstas en la ley.</p>
--	--	--	--	--	---

<b>SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO DESACTUALIZADO</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Las tarjetas de kardex de los reactivos se encuentran desactualizadas.	El laboratorio debe tener establecido un sistema documentado de control de inventario de insumos, suministros.	Falta de supervisión de parte de la gerencia administrativa financiera, ausencia de personal para el área administrativa del área de laboratorio.	Registros desactualizados e información inoportuna para la toma de decisiones sobre la compra de insumos para la Unidad.	Las tarjetas de kardex de reactivos del área de laboratorio no se encuentran actualizadas, por lo que no se ha podido establecer las diferencias reales de los reactivos en su bodega.	Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:  Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para la contratación de personal en el área administrativa de laboratorio que permita mantener información actualizada. Dispondrá al encargado del Dep.Financiero que supervise que se realice el registro de las operaciones de las tarjetas kardex en el área de laboratorio de forma inmediata.

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**HOJA DE HALLAZGOS**

<b>COMPONENTE: RAYOS X</b>				<b>REALIZADO POR: MARIELA NOGUERA.</b>	
<b>SEÑALÉTICA INADECUADA</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
La señalética en el área de rayos x no es la correcta, existen letreros improvisados en hojas de papel bond y afiches.	La resolución N° C.D. 023 En “Disposiciones generales”, segundo párrafo especifica que el Director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la disponibilidad de ejercer	Esta situación se da por falta o incorrecta señalización del departamento de rayos X de la UAA IESS-Macas. Por falta de control por parte de la dirección para exista la	El personal del área opta por establecer letreros improvisados en hojas de papel bond, afiches, entre otros.	No existen la señalización suficiente de seguridad para el área de rayos X, o estos no poseen las características que los hagan más visibles para el usuario que ingresa al área.	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:</b>

	<p>direccionamientos hacia el afiliado en la institución que dirige, con la finalidad de abastecer eficientemente las necesidades del mismo. Reglamento de señalización de seguridad para establecimiento de salud.</p>	<p>señalización suficiente de acuerdo al reglamento de señalización de seguridad para establecimiento de salud.</p>			<p>Gestionará la realización de inspecciones sobre la señalética de seguridad disponible en el área, con la finalidad de verificar su optima localización, de ser necesario tramitara para que se integre en el presupuesto una partida para este tipo de activos y así cumplir con el reglamento de señalización de seguridad para establecimiento de salud.</p>
--	---	---	--	--	---

**UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**  
**AUDITORÍA DE GESTIÓN**  
**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013**  
**HOJA DE HALLAZGOS**

<b>COMPONENTE: FARMACIA</b>				<b>REALIZADO POR: MARIELA NOGUERA.</b>	
<b>INCORRECTO ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
La medicación no se encuentra ubicada de manera adecuada.	La resolución C.I 024 del reglamento de la prescripción farmacéutica establece que los medicamentos deben estar localizados en lugares con una temperatura y una visibilidad que permita un fácil acceso al personal que se encuentra trabajando en esta área. Así también el personal encargado del área de farmacia debe tomar en cuenta lo establecido en: Reglamento de control y funcionamiento de los establecimiento farmacéuticos Art.14 ,emitido por el MSP Guía para la recepción y almacenamiento de medicamentos emitido por el MSP. NCI 406-04 Almacenamiento y distribución.	Falta de estantería ergonómica	Ocasiona pérdida de tiempo al momento de localizar la medicación, generando demora en su distribución, por lo que no permite al personal que labore con eficacia.	No existe la estantería necesaria que cubra el stock disponible de medicamentos, por lo que no permite que se labore con eficacia.	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:</b> Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para que adquisición de activos fijos (estantería ergonómica) y otros muebles que permitan una mejor localización de los fármacos así poder cumplir con los estándares establecido para la unidad, observando las buenas prácticas de almacenamiento establecidos por la organización mundial de salud. <b>A la encargada de Farmacia:</b> Colocará los medicamentos con un ordenamiento de fácil identificación, procedimiento que facilitara su distribución.

<b>NO SE ESTABLECIO UN LIMITE DE EXISTENCIAS POR PRODUCTO</b>					
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>CAUSA</b>	<b>EFEECTO</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>
Poca cantidad de fármacos existentes en el inventario.	Se debe mantener la suficiente cantidad de medicamentos para satisfacer la demanda y evitar roturas de stock. La norma de control interno 406-03 CONTRATACION: establece que la adquisición de bienes con fecha de caducidad, como medicinas y otros, se la efectuará en cantidades que cubran la necesidad en tiempo menor al de caducidad del principio activo. Así también se debe tomar en cuenta: NCI 406-02 PLANIFICACION, Art. 9 de la Ley orgánica de la contraloría general del estado. Art.5 Literal. f) del Reglamento general de unidades médicas.	Las adquisiciones efectuadas fueron menores a la demanda de los afiliados, al no establecer un control sobre mínimos y máximos de existencias en farmacia	Afiliados insatisfechos al no poder contar con toda la medicación, por lo que se tiene que adquirir por su propia cuenta.	Los fármacos existentes fueron en bajas cantidades, en algunos casos no existieron medicamentos en inventarios por lo que no se dio un control sobre el nivel mínimo y máximo de las existencias que permitan realizar reposiciones del inventario de acuerdo a las necesidades de la unidad y que permitan satisfacer la demanda existente.	<b>Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:</b> Establecerá en coordinación con la líder encargada de farmacia los niveles mínimos y máximos de existencias de los fármacos para la elaboración de la programación anual de fármacos considerándolos como referenciales en los procesos de adquisición. <b>A la encargada de Farmacia:</b> Realizara los requerimientos necesarios sobre la medicación con el fin de que no se den roturas de stock en el área.
Realizado por:	Mariela Noguera			Fecha: 16/06/2014	
Revisado por:	Ing. René Coronel			Fecha: 18/06/2014	

# CAPÍTULO

## III

## Capítulo III

### 3 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

#### 3.1 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

En el transcurso de una auditoría, es importante que el auditor mantenga constante comunicación con los servidores de la entidad u organismo bajo examen, dándoles la oportunidad para presentar pruebas documentadas, así como información verbal pertinente respecto de los asuntos sometidos a examen; la comunicación de los resultados está considerada como la última fase de la auditoría, sin embargo debe ser ejecutada durante todo el proceso de auditoría.

##### 3.1.1 Objetivos

- Dar a conocer los resultados obtenidos en el proceso de la auditoría.
- Informar sobre los hallazgos obtenidos así como sus correspondientes recomendaciones.

##### 3.1.2 Programa de fase IV

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>				
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>				
<b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>				
<b>PROGRAMA DE FASE IV</b>				
<b>No</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>	<b>P/T</b>
1	Elaboración del Borrador del informe.	Mariela Noguera		FCR
2	Convocatoria a la lectura del borrador del informe.	Mariela Noguera		FCR
3	Lectura del borrador del informe o conferencia final.	Mariela Noguera		FCR
4	Acta de Comunicación de resultados.	Mariela Noguera		FCR
5	Elaboración del informe definitivo de gestión.	Mariela Noguera		FCR

### 3.1.3 Convocatoria para lectura del informe

#### MODELO UTILIZADO DE CONVOCATORIA A CONFERENCIA FINAL

Oficio No. 08-MNY-AG-UAAI

**Asunto:** Convocatoria a Conferencia Final

Sr. Dr.

DIRECTOR DE LA UAA DEL IESS DE MACAS

Ciudad.-

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 90 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y 23 de su Reglamento, convoco a Usted a la conferencia final de comunicación de resultados de la Auditoría de gestión realizada a la UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS, por el período comprendido entre el 1 de Enero de 2013 y el 31 de Diciembre de 2013, realizado mediante la Acta de compromiso con fecha 11 de Marzo de 2014.

Dicho acto se llevará a cabo en el Auditorio de la Unidad el día 28 de Julio de 2014, a las 18h30, en caso de no poder asistir personalmente, agradeceré notificar por escrito, indicando el nombre, apellido y cargo de la persona que lo hará en su representación.

Atentamente,



Mariela Noguera  
Estudiante UPS

### 3.1.4 Acta de comunicación de resultados

#### ACTA DE COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

En la ciudad de Macas Provincia de Morona Santiago, a los dieciocho días del mes de Julio del dos mil catorce, a partir de las dieciocho horas y treinta minutos la suscrita; Mariela Alexandra Noguera Yumbra, se constituye en el Auditorio de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, con el objeto de dejar constancia de la Comunicación de Resultados de la auditoría de gestión realizada a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, por el período comprendido entre el 2013-01-01 y el 2013-12-31, que fue realizado de conformidad a Acta de compromiso con fecha 11 de Marzo de 2014 .

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley y el reglamento para su aplicación, se convocó mediante oficio circular 008, a los funcionarios y personas relacionadas con el examen, para que asista a la presente diligencia.

Al efecto, en presencia de los abajo firmantes, se procedió a la lectura del informe de auditoría, diligencia en la cual se dio a conocer los resultados obtenidos a través de sus comentarios, conclusiones y recomendaciones.

Para constancia de lo actuado suscriben la presente acta en tres ejemplares iguales, las personas asistentes.

<b><u>NOMBRES Y APELLIDOS</u></b>	<b><u>CARGO</u></b>	<b><u>FIRMA</u></b>

### **3.1.5 Carta de presentación de resultados**

La carta de presentación de resultados consta dentro del Informe Final de Auditoría.

### **3.1.6 Informe final**

Para la elaboración del Informe final se ha considerado la forma de presentación establecida en el Reglamento presentación de informes de auditorías en la Contraloría General del Estado, por tratarse de la auditoría a una entidad Pública.

# UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

PRODUCTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
INGENIERO EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

## UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS - MACAS

### AUDITORÍA DE GESTIÓN



#### INFORME GENERAL

AUDITORÍA DE GESTIÓN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL  
IESS-MACAS POR EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE  
DICIEMBRE DE 2013.

TIPO DE EXAMEN: AG PERIODO DESDE: 2013/01/01 HASTA: 2013/31/12

#### **SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS**

<b><u>SIGLAS</u></b>	<b><u>SIGNIFICADO</u></b>
Art.	Artículo
C.I	Comisión Interventora
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
HC	Historia clínica
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
LOCGE	Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
LOSCCA	Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa
MSP	Ministerio de Salud Pública
NCI	Norma de Control Interno
Rx	Rayos X
UAA IESS-Macas	Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas

## ÍNDICE

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME .....	1
CAPÍTULO I: ENFOQUE DE LA AUDITORÍA.....	2
Motivo del examen .....	2
Objetivo del examen .....	2
Alcance del examen.....	2
Enfoque.....	2
Componentes auditados.....	3
CAPÍTULO II: INFORMACIÓN DE ENTIDAD.....	4
Misión .....	4
Visión.....	4
Análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, Debilidades y Amenazas).....	4
Base legal .....	5
Estructura orgánica .....	6
Objetivos de la entidad .....	8
Financiamiento.....	8
Servidores relacionados.....	8
CAPÍTULO II: RESULTADOS GENERALES .....	9
Carencia de un código de ética.....	9
La entidad no dispone de un manual de funciones y procedimientos internos .....	9
No se ha establecido un archivo central ordenado.....	10
Inexistencia de un plan estratégico e integrado y un modelo de gestión debidamente estructurado, documentado, aprobado y difundido.....	11
CAPÍTULO III: RESULTADOS POR COMPONENTE.....	13

CONSULTA EXTERNA .....	13
Ausencia de registros de pre consulta de pacientes que acuden a consulta externa.	13
Ausencia de capacitación al personal, refleja desatención al desarrollo profesional del personal .....	14
LABORATORIO .....	15
Funcionarios no hacen uso de los elementos de protección personal .....	15
Sistema de control de inventario desactualizado .....	16
RAYOS X .....	17
FARMACIA .....	19
Incorrecto almacenamiento de medicamentos .....	19
No se estableció un límite de existencias por producto .....	21
Análisis de indicadores .....	22
CONSULTA EXTERNA .....	22
Atención en consulta externa por grupos etareos: .....	22
Porcentaje de atención según sexo: .....	23
Atención en consulta externa por enfermedad en primera consulta y subsecuentes:	24
Porcentaje de atención en consulta externa por especialidad .....	26
Concentración de consultas .....	27
Promedio diario de consulta .....	27
Promedio de consultas por hora médico .....	28
RAYOS X .....	29
Promedio de estudios Rx por día laborado .....	29
Número de placas por exámen .....	30
LABORATORIO .....	30
Promedio de exámenes por día laborado .....	30

Número de exámenes por 100 consultas .....	31
FARMACIA .....	31
Promedio de recetas despachadas en consulta.....	31
Porcentaje de efectivización de recetas .....	31
Análisis de la encuesta.....	32
ANEXOS .....	38
Anexo N° 1: Nómina de servidores relacionados con el examen	
Anexo N° 2: Cronograma de aplicación de recomendaciones	
Anexo N° 3: Encuesta	

## **CARTA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME**

Macas, 28 de Julio de 2014.

Doctor.

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Se ha realizado la "Auditoría de Gestión a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" por el período comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2013".

El examen se efectuó de acuerdo con las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas aplicables en el Sector Público y Normas Técnicas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado para obtener certeza razonable de que la información y la documentación examinada no contiene exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente que las operaciones a las cuales corresponden, se hayan ejecutado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, políticas y demás normas aplicables.

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

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 92 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, las recomendaciones deberán ser aplicadas de manera inmediata y con carácter de obligatorio.

Atentamente,

Mariela Noguera  
ESTUDIANTE UPS

## **CAPÍTULO I: ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**

### **Motivo del examen**

La auditoría se realizó como trabajo de investigación para la obtención del título de Ingeniero en Contabilidad y Auditoría y enriquecimiento de conocimientos en el área de auditoría de gestión, misma que se encuentra plasmado en el acta de compromiso firmado el 11 de marzo de 2014 entre la Unidad de Atención Ambulatoria IESS-Macas y la Alumna Mariela Alexandra Noguera Yumbra en la cual la Unidad de Atención Ambulatoria IESS-Macas demuestra su disponibilidad para brindar información y la alumna se compromete a realizar la auditoría con profesionalismo.

### **Objetivo del examen**

- Determinar el cumplimiento de las metas y objetivos planteados por la entidad en el año 2013.
- Determinar el nivel de eficiencia, eficacia y calidad, en los servicios prestados por la entidad.
- Determinar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable.

### **Alcance del examen**

Se realizó la auditoría de gestión a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, por el período comprendido entre el 1 de Enero de 2013 y el 31 de Diciembre de 2013.

### **Enfoque**

La auditoría de gestión a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, está enfocada a verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y más normas aplicables en la gestión de los servicios de salud brindados, y a determinar el cumplimiento de los objetivos institucionales a través de la eficiencia, eficacia, calidad e impacto a la gestión de sus operaciones y actividades.

### **Componentes auditados**

En la Auditoría de Gestión a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, se determinó los siguientes componentes a ser examinados:

- Consulta externa
- Exámenes de laboratorio
- Exámenes de rayos X
- Farmacia

## CAPÍTULO II: INFORMACIÓN DE ENTIDAD

### **Misión**

Brindar servicios de Salud a los afiliados, usuarios del HOSPITAL IESS MACAS, mediante una gestión integral, solidaria aplicando tecnología actualizada, en una infraestructura moderna, promoviendo la capacitación, investigación y respeto al medio ambiente con profesionales calificados y orientados al servicio.

**Fuente:** Rendición de cuentas, 2013

### **Visión**

Constituir en el mejor Sistema Público de Prestación de Servicios de Salud, alineados a la Ley de la Seguridad Social, ser reconocidos por sus altos estándares de calidad, tecnología de punta, procesos de investigación, desarrollo y respetando al medio ambiente.

**Fuente:** Rendición de cuentas, 2013

### **Análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, Debilidades y Amenazas)**

Es importante tener un diagnóstico de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas no sólo en su ámbito interno, si no también dentro del contexto externo, para identificar las variables que afectan a la institución para el cumplimiento de sus metas, así como los puntos fuertes que permitirían contrarrestar éstos aspectos y con la combinación de ambos, proyectar escenarios futuros.

El resultado del análisis efectuado por la dirección de la UAA IESS-Macas se presenta en la Matriz FODA.

MATRIZ FODA			
OPORTUNIDADES (+)		AMENAZAS (-)	
1	Servicios de salud satisfactorios para el usuario	1	Insatisfacción del usuario
2	Ofertar servicios eficientes y de calidad	2	No hay programas de capacitación Institucional
3	Análisis de costos debidamente financiados	3	Decisiones políticas de turno
4	Capacitación y formación científica del equipo humano	4	Afiliados disgregados
5	Disponer de un presupuesto sustentable y definido	5	Inseguridad de flujo de recursos económicos
6	Plan de atención integral de los servicios de salud/afiliados	6	Sujetos de críticas por diversos estamentos
7	Empoderamiento del sistema	7	Demora en los trámites administrativos
8	Presupuesto estable	8	Presupuesto centralizado
FORTALEZAS (+)		DEBILIDADES (-)	
1	Disponer de infraestructura propia	1	Control de pacientes crónicos referidos
2	Talento humano calificado	2	Presupuesto no es aprobado oportunamente
3	Venta de servicios	3	Demora en las autorización requeridas
4	Atención oportuna a los pacientes crónicos	4	Tratamiento médico a través de protocolos
5	Equipamiento de punta	5	Los servicios institucionales poco difundidos
6	Gastos a través del ordenador	6	Desconocimiento de las necesidades del cliente
7	Procesamiento en los servicios ofertados	7	Mejorar el cuadro básico de medicamentos
8	Atención oportuna y de fácil acceso	8	Falta de recursos profesionales acordes al sistema

**FUENTE:** FODA - Plan Operativo Anual de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, año 2012.

#### **Base legal**

No existe fecha exacta ni disposición legal de la creación de la actual Unidad de Atención Ambulatoria del IESS - Macas, sin embargo, según versión del Director de la Unidad Médica, fue creada en el año 1981.

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, para el desarrollo de sus actividades se basa a las siguientes disposiciones legales:

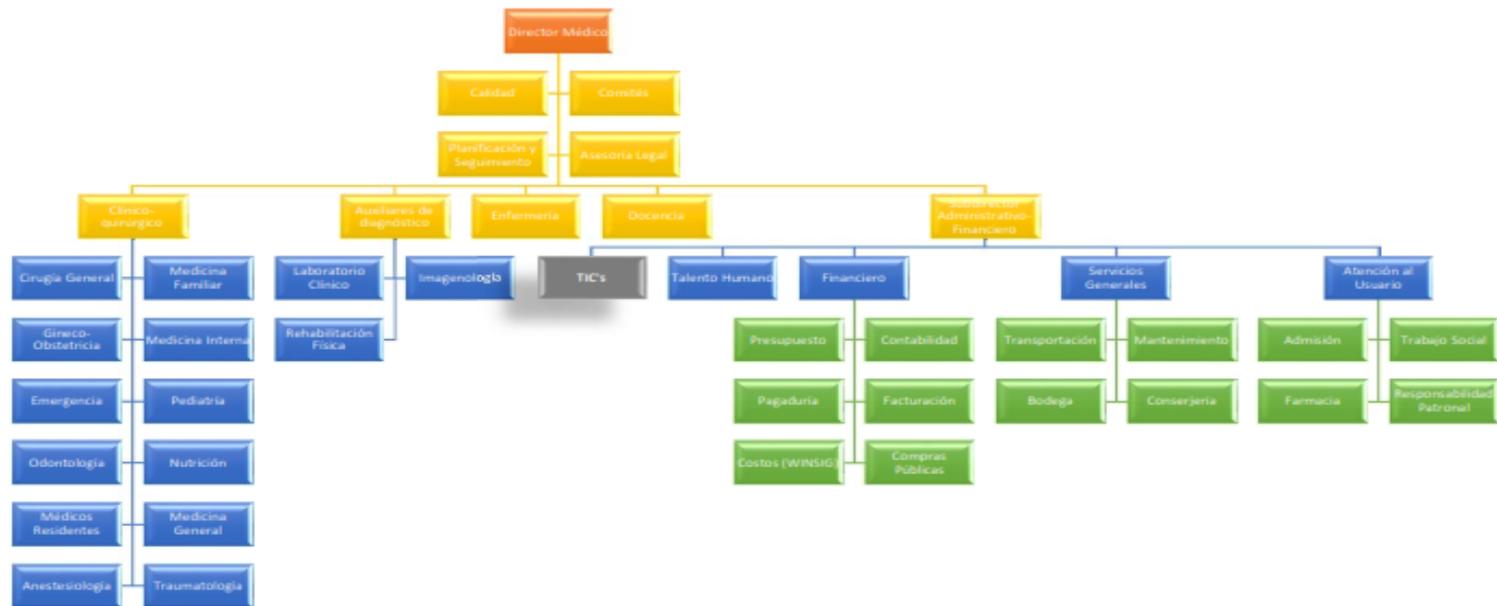
- Constitución de la República del Ecuador
- Ley de Seguridad Social
- Ley de Régimen Tributario Interno
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, y su Reglamento
- Normas Ecuatorianas de Contabilidad
- Código de Trabajo
- Normas de contabilidad Gubernamental
- Normas de Presupuesto
- Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS
- Estatuto Codificado del IESS y sus reformas

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es una entidad pública descentralizada, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional.

El IESS no podrá ejercer otras atribuciones ni desempeñar otras actividades que las consignadas en la Constitución Política de la República del Ecuador y en la Ley de Seguridad Social.

#### **Estructura orgánica**

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas se encuentra conformada por la siguiente estructura:



**Fuente:** Secretaría de la Unidad de Atención Ambulatoria Del IESS-Macas

### Objetivos de la entidad

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas, es la unidad médica responsable de la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la atención primaria de consulta externa.

**Fuente:** Art.8 Reglamento general de unidades médicas del IESS.

### Financiamiento

De acuerdo a la información financiera de la entidad reflejada a través de la cedula presupuestaria correspondiente al período examinado se utilizaron los siguientes recursos económicos:

En dólares de los Estados Unidos de América, USD

CÓDIGO	PARTIDA	2013
5	<b>GASTOS</b>	
52	GASTOS DIRECTOS DE PERSONAL	1 567 658,43
5253	OTROS GASTOS DIRECTOS	748 380,72
5257	OTROS GASTOS CORRIENTES PRESTACIONALES	1 051,50
5258	TRANSFERENCIAS Y DONACIONES	11 882,08
5284	ACTIVOS FIJOS	56 574,00
5297	PASIVO CIRCULANTE	15 247,45
	<b>TOTAL</b>	<b>2 400 794,18</b>

**Fuente:** Cedula Presupuestaria, 2013

### Servidores relacionados

El detalle de servidores relacionados con la presente auditoría consta en el Anexo N° 1

## **CAPÍTULO II: RESULTADOS GENERALES**

### **Carencia de un código de ética**

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas no cuenta con un código de ética que coadyuve a la confianza del público con respecto al servicio que presta la unidad, a pesar de que se han dado quejas por parte de los usuarios por el servicio sobre empleados que no desempeñan su trabajo adecuadamente. Se ha incumplido con las Normas de Control Interno 200-01 Integridad y valores éticos, 407-08 Actuación y honestidad de las servidoras y servidores.

### **Conclusión**

No existe un código de ética que recopile lineamientos sobre orden, moral, disciplina, y profesionalismo que contribuyan a la confianza de los beneficiarios de los servicios que brinda la unidad.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

1. Conformará una comisión multidisciplinaria que elabore un proyecto de código de ética para el personal de UAA IESS-Macas, el mismo que será puesto a consideración del director general de IESS para su análisis y aprobación, y posterior difusión.

#### **La entidad no dispone de un manual de funciones y procedimientos internos**

En la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas no existe un manual de funciones y procedimientos interno que permita a las distintas áreas departamentales de manera efectiva, practica y clara operar las diferentes actividades de los servicios de salud. Por lo que se ha incumplido el Art.77.- Numeral 1), literales a),e) de la LOGGE. Así como también se ha inobservado la Norma de Control Interno 200-04, Estructura organizativa donde disponen que las entidades del sector público deben complementar su estructura orgánica con un manual de organización en el cual deben asignar responsabilidades, acciones y cargos, a la vez establecer los niveles jerárquicos y funciones de todo el personal. Al no

contar con el manual de funciones y procedimientos internos se genera un nivel de incertidumbre en el manejo de las funciones de los departamentos, desconocimiento del personal sobre las actividades técnicas o administrativas de las cuales son responsables, realizar actividades en base a la costumbre y disposiciones o políticas implementadas por los directivos de la entidad.

#### **Conclusión**

La UAA IESS-Macas no cuenta con un manual de funciones, y procedimientos, esto impide un óptimo desenvolvimiento de los funcionarios en las actividades que deben realizar, esta información únicamente se ha detallado en la información general del IESS.

#### **Recomendación**

##### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

2. Dispondrá al encargado de Recursos Humanos elabore un manual de funciones necesario para la determinación de cada una de las actividades del personal, el mismo que permitirá conocer lo que deben desarrollar a nivel institucional y de esta manera evitar funciones incompatibles.

##### **No se ha establecido un archivo central ordenado**

En la unidad no se ha establecido un sistema de archivo central, que permita custodiar y mantener la documentación producto de las actividades que se emiten y reciben en forma ordenada, ya que existe documentación en una bodega en cartones algunos también se encuentran arrinconados. La carencia de un archivo adecuado y organizado, afectaron la programación inicial y cumplimiento de los procedimientos en el desarrollo de la auditoría.

El director y la secretaria de la unidad, inobservaron lo señalado en la Norma de Control Interno 405-04 Documentación de respaldo y su archivo, e incumplió lo dispuesto en el Artículo 77.- numeral 1) literales a),d),e) y numeral 2), literal a), respectivamente de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

### **Conclusión**

La unidad de atención ambulatoria del IESS-Macas no cuenta con un archivo central que permita mantener en forma ordenada y adecuada la documentación que respalda las actividades administrativas técnicas, lo que dificulta realizar revisiones posteriores.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

3. Gestionará las acciones necesarias para implementar el archivo central de la UAA IESS-Macas, el cual deberá enmarcarse en la normativa legal vigente y permita mantener documentación ordenada necesaria para aquellas revisiones y verificaciones posteriores.

#### **Inexistencia de un plan estratégico e integrado y un modelo de gestión debidamente estructurado, documentado, aprobado y difundido**

No existe un plan estratégico a nivel institucional que haya sido debidamente aprobado ni difundido, por lo que en esta unidad no se ha formulado específicamente: estrategias, metas, políticas, objetivos globales, proyectos o actividades, cronogramas de las actividades entre otros, de cada uno de los procesos operativos o de gestión, financieras o administrativas.

El plan operativo elaborado por la Unidad, no incluía cronogramas de trabajo en los que se defina claramente lo que va a realizar, las fechas de ejecución, los responsables involucrados, entre otros. En el plan operativo se establecieron antecedentes, objetivos de la entidad, entre otras, este documento no fue aprobado por la autoridad competente, ni evaluados mediante la aplicación de indicadores en términos cuantitativos y cualitativos, que permita medir el alcance de metas y asegurar el cumplimiento de la misión y objetivos de la UAA IESS-Macas, con el fin de determinar en qué medida se llega a cumplir con lo propuesto y efectuar las acciones correctivas necesarias y de esta manera medir el grado de cumplimiento de compromiso de gestión, que tiene esta unidad de salud con el instituto como lo tienen todas y cada una de la unidades de salud propias del IESS para convertirse en unidades prestadoras de salud.

Situación que se originó porque el Director de la Unidad no estableció un sistema de planificación, por lo que incumplió lo dispuesto en la Norma de Control Interno 200-02 Administración estratégica y el Art.77 Numeral 1) Literal a) b) respectivamente, que establece como responsabilidad de la máxima autoridad del funcionamiento y actualización del sistema de planificación.

#### **Conclusión**

La UAA IESS-Macas no cuenta con una planificación estratégica debidamente aprobada, el plan operativo anual fue elaborado con carencia de elementos necesarios como cronogramas de trabajo, y estrategias definidas, lo que ocasiono que no se hayan realizado controles, seguimiento y evaluaciones al cumplimiento de sus objetivos.

#### **Recomendación**

##### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:**

4. Elaborará e implementara la planificación estratégica que cuente con instrumentos de medición e indicadores, y que genere informes y reportes sobre resultados de gestión para fines de evaluación y toma de decisiones, lo que permitirá alcanzar la visión declarada, con la finalidad que los directivos de la institución se involucren y ejecuten la operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes y se logre las metas propuestas, logrando alcanzar resultados exitosos.
5. Aplicará el cuadro de mando integral como un instrumento o metodología de gestión, la que permitirá supervisar y monitorear la ejecución de los planes de acción a través del tiempo en forma global.

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS POR COMPONENTE**

#### **CONSULTA EXTERNA**

##### **Ausencia de registros de pre consulta de pacientes que acuden a consulta externa**

En las atenciones médicas concedidas durante el período examinado en el 2013 no constan registrados en la HC de los pacientes los signos vitales de pre consulta (presión arterial, temperatura, peso y talla) previo al ingreso a la cita médica. Es importante que personal de enfermería previo a que el paciente acuda a la cita médica proceda a tomar los Signos Vitales del paciente y registrarlos a través del sistema AS400 en la respectiva Historia Clínica de cada paciente. La máxima autoridad al no establecer controles sobre los procedimientos que se llevan a cabo por parte del personal de enfermería, en ciertos casos no se dio este procedimiento, por lo que el desconocimiento de los Signos Vitales, al no estar registradas las pre consultas en la HC de los pacientes citados, genera retraso en el tiempo de atención disponible al tener que el médico tratante proceder a realizarlo al momento en que ingresan el paciente a la consulta.

##### **Conclusión**

Por desconocimiento de los Signos Vitales del paciente, al no estar registradas las pre consultas en las respectivas Historias Clínicas, en algunos casos los médicos tratante debieron realizarlas al momento en que ingresaron a la consulta médica, distraendo parte de su tiempo disponible para cada consulta.

##### **Recomendación**

###### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

6. Dispondrá al personal de Enfermería de la Unidad, realizar la pre consulta de los pacientes y registrarla en su respectiva Historia Clínica, previo al ingreso del paciente a la consulta médica, a fin de que el personal médico tratante conozca los signos vitales del paciente.

### **Ausencia de capacitación al personal, refleja desatención al desarrollo profesional del personal**

El personal durante el período examinado no ha tenido capacitaciones continuas de acuerdo al cargo que desempeñan, la capacitación y actualización continua constituye una inversión la misma que proporciona garantía universal de optimización de los servicios públicos, sin embargo en la Unidad esto no ha sido objeto de atención por parte de las autoridades, ya que no se ha proyectado un plan de capacitación en las áreas médicas a fin de promover la actualización y entrenamiento permanente del personal, como una de las actividades prioritarias que está directamente vinculada con los niveles de eficiencia y eficacia en el desempeño laboral, cuya ejecución constituye actualmente un derecho del servidor y a la vez obligación institucional. Por lo que la máxima autoridad debe disponer que los servidores sean entrenados y capacitados en forma obligatoria, constante y progresiva, en función de las áreas de especialización; dando cumplimiento a lo establecido en los Artículos número 77, 78 y 79 de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público, así como también el Artículo 77 numerales 1 literales a) y e), numeral 2 literales a) y b) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, observando lo que establece la NCI 407-06 Capacitación y entrenamiento continuo, para mejorar el nivel de desempeño profesional y personal de los funcionarios. No se han canalizado ejecutorias por parte de la dirección hacia las autoridades superiores para la obtención de recursos que permitan la ejecución de programas de capacitación conforme a las necesidades de la Unidad, por lo que el personal del área médica obtiene su actualización y desarrollo profesional por cuenta propia.

### **Conclusión**

La ausencia de capacitación en el personal médico de la unidad, impide el desarrollo eficaz de las actividades que desempeñan los funcionarios, por lo que el personal tiene que optar por capacitarse por su cuenta.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

7. Realizará las gestiones necesarias para que periódicamente se ejecuten programas de capacitación para los servidores de la unidad y se autorice por cuenta de la entidad su asistencia, según el desempeño a eventos relacionados con las actividades propias de cada área, priorizando aquellas que requieran con urgencia mayor actualización. Estas acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades superiores a fin de exigir los recursos necesarios para su realización y estarán fundamentadas en las reales necesidades de la Unidad. Asimismo serán objeto de seguimiento para determinar si los resultados garantizan la optimización del servicio público y por ende de los gastos que se realice.

### **LABORATORIO**

#### **Funcionarios no hacen uso de los elementos de protección personal**

Los funcionarios no utilizan prendas que la entidad entrega como medidas de protección personal conforme a las disposiciones del "Manual de normas de Bioseguridad" emitido por el Ministerio de Salud Pública, en donde se define la obligación de utilizar la indumentaria y accesorios necesarios para la protección del personal de salud y usuarios. La importancia del cumplimiento con el uso de elementos de protección personal eleva la imagen corporativa institucional, y más aún constituye una estrategia para impulsar la bioseguridad y prevención de riesgos infecciosos. La responsable del área a dispuesto el cumplimiento de normas que aseguran la protección del personal y una atención segura a los pacientes, normas que no todos los funcionarios las acatan por lo que se contrapone a las a lo que establece el "Manual de normas de bioseguridad", y ha incumplido el Art.- 44 del Reglamento sustitutivo al Reglamento para el Manejo Adecuado de Desechos Infecciosos Generados en las Instituciones de Salud del Ecuador", que se refieren a la obligación del personal de salud de portar los uniformes y prendas de protección para una adecuada relación del personal de salud y usuarios.

### **Conclusión**

No se utilizan todos los elementos de protección personal como se establece en el "Manual de normas de bioseguridad" emitido por el Ministerio de Salud Pública, a pesar de que en el área se manejan muestras biológicas con alto potencial patológico, generando alto riesgo de contaminación.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

8. Dispondrá al responsable de laboratorio clínico, aplique de manera obligatoria las normas emitidas por el Ministerio de Salud Pública con respecto al cumplimiento de "NORMAS DE BIOSEGURIDAD".

#### **A la Encargada de Laboratorio:**

9. Cumplirá y hará cumplir la normativa existente para para el funcionamiento, vigilancia y control de laboratorio en sus diferentes procesos y áreas con el objeto de proporcionar un servicio eficiente, efectivo, confiable y oportuno de apoyo para diagnóstico, prevención y control médico, exigirá a los servidores y servidoras la utilización permanente de las distintas prendas, en las actividades que corresponda a objeto de precautelar su integridad y fomentar una cultura de atención de calidad a los pacientes. En caso de incumplimiento se aplicaran las sanciones previstas en la ley.

#### **Sistema de control de inventario desactualizado**

Durante la revisión del sistema de control de inventarios que se maneja en el área de laboratorio se pudo evidenciar que este no se encuentra actualizado, esto lo realiza la Encargada de laboratorio quien labora 8 horas diarias de las cuales tiene que utilizarlas para el desarrollo de exámenes y a la vez en la elaboración de informes administrativos que se generan del área de laboratorio. Al no mantener un sistema de control de inventarios actualizado afecta en la toma de decisiones para la adquisición de insumos de la unidad; por lo que se ha inobservado lo que se establece en la guía de buenas prácticas de laboratorio clínico.

### **Conclusión**

Las tarjetas de kardex de reactivos del área de laboratorio no se encuentran actualizadas, por lo que no se ha podido establecer las diferencias reales de los reactivos en su bodega.

### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

10. Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para la contratación de personal en el área administrativa de laboratorio para la concesión de turnos, transcripción de informes, entrega de resultados y tareas de secretaria de este servicio.
11. Dispondrá al encargado del Dep.Financiero que supervise que se realice el registro de las operaciones de las tarjetas kardex en el área de laboratorio de forma inmediata.

### **RAYOS X**

#### **Señalética inadecuada**

Para la evaluación del cumplimiento de las normas de seguridad radiológica se consideró el Reglamento de señalización de seguridad para establecimientos de salud, por lo que al visitar las instalaciones del área de Rx se pudo evidenciar que la señalética no es la correcta, existen letreros improvisados en hojas de papel bond y afiches, como se puede observar en las fotografías a continuación:





**Fuente:** Instalaciones de la UAA IESS-Macas. Área de Rayos X

La resolución N° C.D. 023 En "Disposiciones generales", segundo párrafo especifica que el Director de cada entidad descentralizada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la disponibilidad de ejercer direccionamientos hacia el afiliado en la institución que dirige, con la finalidad de abastecer eficientemente las necesidades del mismo.

Esta situación se da por falta o incorrecta señalización del departamento de rayos X de la UAA IESS-Macas, ausencia de control por parte de la dirección para que exista la señalización suficiente de acuerdo al reglamento de señalización de seguridad para establecimientos de salud, por lo que el personal del área opta por establecer letreros improvisados en hojas de papel bond, afiches, entre otros.

#### **Conclusión**

No existen la señalización suficiente de seguridad para el área de rayos X, o estos no poseen las características que los hagan más visibles para el usuario que ingresa al área, por lo que el personal opta por proporcionar letreros improvisados en hojas de papel bond, afiches, entre otros.

#### **Recomendación**

##### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

12. Gestionará la realización de inspecciones sobre la señalética de seguridad disponible en el área, con la finalidad de verificar su optima localización, de ser necesario tramitara

para que se integre en el presupuesto una partida para este tipo de activos y así cumplir con el reglamento de señalización de seguridad para establecimiento de salud.

## **FARMACIA**

### **Incorrecto almacenamiento de medicamentos**

La medicación no se encuentra ubicada de manera adecuada, existe medicación que se encuentra almacenada en los mismos cartones en los que fueron entregados, así también medicación que se encuentra sobre cajas o archivadores por la falta de perchas para el almacenamiento y orden de la medicación.





**Fuente:** Instalaciones de la UAA IESS-Macas. Area de Farmacia

La resolución C.I 024 del reglamento de la prescripción farmacéutica establece que los medicamentos deben estar localizados en lugares con una temperatura y una visibilidad que permita un fácil acceso al personal que se encuentra trabajando en esta área. El personal encargado del área de farmacia debe a incumplido el Art.14 del Reglamento de Control y Funcionamiento de los Establecimiento Farmacéuticos, emitido por el MSP, además a inobservado lo establecido en la Guía para la recepción y almacenamiento de medicamentos emitido por el MSP, y la NCI 406-04, Almacenamiento y distribución.

Esta situación ocasiona pérdida de tiempo al momento de localizar la medicación, generando demora en su distribución, por lo que no permite al personal que labore con eficacia.

#### **Conclusión**

No existe la estantería necesaria que cubra el stock disponible de medicamentos, por lo que no permite que se labore con eficacia.

#### **Recomendación**

##### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

13. Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para que adquisición de activos fijos (estantería ergonómica) y otros muebles

que permitan una mejor localización de los fármacos así poder cumplir con los estándares establecido para la unidad, observando las buenas prácticas de almacenamiento establecidos por la organización mundial de salud.

**A la encargada de Farmacia:**

14. Colocará los medicamentos con un ordenamiento de fácil identificación, procedimiento que facilitara su distribución.

**No se estableció un límite de existencias por producto**

Al analizar la muestra seleccionada que fue 20 medicamentos sobre las existencias registradas en los KARDEX generados por el sistema As400 del mes de mayo que se encuentra dentro del período de análisis, se pudo ver que algunos medicamentos ya no existieron en inventario, esto impide satisfacer la demanda existente, ya que no se han efectuado adquisiciones o estas han sido menores a la demanda de los pacientes.

Se debe mantener la suficiente cantidad de medicamentos para satisfacer la demanda y evitar roturas de stock. La encargada de Farmacia a inobservado la NCI, 406-03 Contratación, en la que establece que la adquisición de bienes con fecha de caducidad, como medicinas y otros, se la efectuará en cantidades que cubran la necesidad en tiempo menor al de caducidad del principio activo, la NCI 406-02 Planificación, además ha incumplido con el Art. 9 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, y el Art.5 Literal. f) del Reglamento general de unidades médicas, ya que las adquisiciones efectuadas fueron menores a la demanda de los afiliados, al no establecer un control sobre mínimos y máximos de existencias en farmacia. Por lo que los afiliados deben acudir a adquirir la medicación por su propia cuenta.

**Conclusión**

Los fármacos existentes fueron en bajas cantidades, en algunos casos no existieron medicamentos en inventarios por lo que no se dio un control sobre el nivel mínimo y máximo de las existencias que permitan realizar reposiciones del inventario de acuerdo a las necesidades de la unidad y que permitan satisfacer la demanda existente.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas:**

15. Establecerá en coordinación con la líder encargada de farmacia los niveles mínimos y máximos de existencias de los fármacos para la elaboración de la programación anual de fármacos considerándolos como referenciales en los procesos de adquisición.

#### **A la encargada de Farmacia:**

16. Realizará los requerimientos necesarios sobre la medicación con el fin de que no se den roturas de stock en el área.

### **Análisis de indicadores**

Para evaluar la gestión de la Unidad, en cuanto al logro de objetivos y metas, se utilizaron los indicadores énfasis en la información proporcionada por el servicio de estadística de la unidad, obteniendo los resultados que se exponen a continuación:

### **CONSULTA EXTERNA**

#### **Atención en consulta externa por grupos etareos:**

En la siguiente tabla se puede observar que la atención de consulta externa por Grupos etareos fueron:

<b>ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR GRUPOS ETAREOS</b>				
<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>2012</b>	<b>%</b>	<b>2013</b>	<b>%</b>
MENOR UN MES	126	1%	104	0%
DE 1 A 11 MESES	293	2%	532	3%
DE 1 A 14 AÑOS	2053	11%	4493	18%
DE 15 A 40 AÑOS	7475	41%	8763	35%
DE 41 A 60 AÑOS	6229	34%	7273	29%
61 Y MAS AÑOS	2264	12%	3353	14%
<b>TOTAL</b>	<b>18443</b>	<b>100%</b>	<b>24815</b>	<b>100%</b>



De las atenciones brindadas en consulta externa se pudo determinar que:

Las personas con mayor porcentaje de atención en consulta externa durante el año 2012 entre los 15 a 40 años fueron del 41% y para el 2013 con el 35%.

**Porcentaje de atención según sexo:**

La atención en consulta externa de acuerdo al sexo de los afiliados estuvo determinado como se presenta a continuación:

ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR SEXO				
SEXO	PERIODO		TOTAL	% SEGÚN SEXO
	2012	2013		
HOMBRE	8165	10733	18898	43,68%
MUJER	10278	14085	24363	56,32%
<b>TOTAL</b>	<b>18443</b>	<b>24818</b>	<b>43261</b>	<b>100%</b>



Fuente: Datos estadísticos de la UAA IESS-Macas

Durante el período de análisis en consulta externa se puede evidenciar según los datos proporcionados por la responsable de estadística que por consulta externa se atendió a 18898 hombres entre el 2012 y 2013 lo que corresponde al 43.68%, mientras que la atención en mujeres ha sido mayor ya que representa el 56.32%. Esto fortalece la premisa que la mayor producción de esta unidad es materno infantil.

**Atención en consulta externa por enfermedad en primera consulta y subsecuentes:**

De acuerdo a los datos entregados por la responsable de estadística se pudo determinar los siguientes resultados:

PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD EN PRIMERA CONSULTA Y SUBSECUENTES				
DESCRIPCION	2012	%	2013	%
PRIMERA CONSULTA	13030	71%	16576	67%
CONSULTAS SUBSECUENTES	5413	29%	8242	33%
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>18443</b>	<b>100%</b>	<b>24818</b>	<b>100%</b>

### CONSULTA EXTERNA: PRIMERA CONSULTA Y SUBSECUENTE 2012-2013

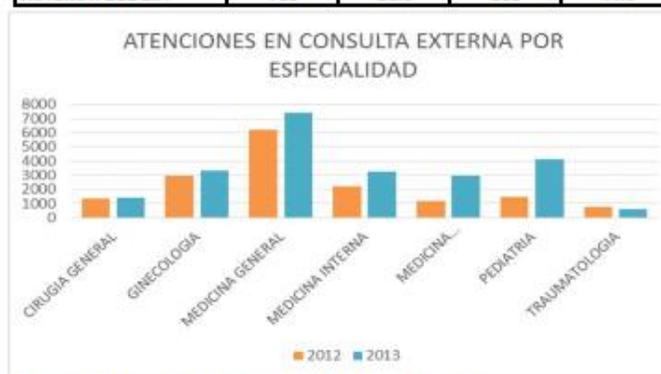


**Fuente:** Datos estadísticos de la UAA IESS-Macas

Al realizar el análisis de la producción obtenida a través de los datos entregados por la responsable de estadística se puede evidenciar que se presentó un incremento del 15% los cuales pasaron de 18443 atenciones en el 2012 a 24818 en el 2013, presentándose un aumento de 6375 atenciones, sin embargo a pesar del incremento de pacientes atendidos en consulta externa, el porcentaje de pacientes atendidos en primeras consultas disminuyó del 71% al 67% durante el año 2012 al 2013 respectivamente, incrementándose las consultas subsecuentes del 29% al 33% durante los años 2012-2013 respectivamente; es de resaltar que este incremento corresponde a que se han aumentado las atenciones en consulta externa por especialidades.

**Porcentaje de atención en consulta externa por especialidad**

ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD				
ESPECIALIDAD	2012	%	2013	%
CIRUGIA GENERAL	1350	49%	1406	51%
GINECOLOGIA	2954	47%	3326	53%
MEDICINA GENERAL	6169	46%	7385	54%
MEDICINA INTERNA	2188	40%	3236	60%
MEDICINA PREVENTIVA	1171	28%	2948	72%
PEDIATRIA	1443	26%	4123	74%
TRAUMATOLOGIA	766	56%	600	44%



Fuente: Datos estadísticos de la UAA IESS-Macas

En la atención de consulta externa por especialidad en el año 2012 hubo una mayor atención en la consulta de traumatología con un 56% mientras que para el año 2013 bajo el número de atenciones en esta área debido a que el especialista renunció, y se evidencia un mayor número de atenciones en pediatría que representa el 74%.

### Concentración de consultas

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS:	$\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total de primeras consultas}}$	24818
		16576
	Resultado	1,50
	Estándar y rango	2

Este indicador mide la eficacia de la atención para curar una determinada enfermedad. El resultado determina que los afiliados reciben en promedio de 1 atención para tratar una determinada enfermedad o causa, el estándar establecido en el que debe acudir un paciente para ser tratado en la institución es de 2 consultas por lo que se puede evidenciar que se encuentra dentro del estándar establecido.

### Promedio diario de consulta

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS:	$\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Días laborables}}$	24818
		215
	Resultado	115,43
	Estándar y rango	184

No cubre el término de referencia, dado que existe baja productividad de algunos médicos, situación que fue confirmada en la determinación de la productividad individual, y considerando que el especialista de traumatología renunció.



**Recomendación:**

Evaluará de forma periódica el rendimiento del servicio de consulta externa mediante la aplicación del Manual de Normas de Procedimientos Técnicos y Administrativos del Sistema de Estadísticas de Salud en el IESS, a fin de concretar en términos cuantitativos y cualitativos la producción y productividad del área y sus servidores para la imposición de correctivos en caso que amerite conforme a las disposiciones legales, y realizará el seguimiento de asignación de horarios considerando como referencia las horas que legalmente deben laborar en atención ambulatoria.

**Personal médico:**

17. Cumplirán las horas asignadas para consulta externa de acuerdo al horario establecido, que estará sujeto a las Normas para atención a pacientes en unidades médicas del IESS, que tiene concordancia con los términos de referencia establecidos, consecuentemente la Unidad reciba la contraprestación del servicio por el egreso de recursos.

**RAYOS X**

**Promedio de estudios Rx por día laborado**

PROMEDIO DE ESTUDIOS RX POR DÍA LABORADO: = $\frac{\text{Número de estudios}}{\text{Días Laborados}}$ =		<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>
		<b>2013</b>
		3689
		215
	<b>Resultado</b>	17,16
<b>Estándar y rango</b>	20	

Se determinó que durante el 2013 el número de exámenes en promedio realizados en el área por día laborado fue de 17 estudios, cuando el término de referencia es de 20 por lo que la producción en el periodo auditado se cumplido en un 86%.

### Número de placas por examen

$\text{NÚMERO DE PLACAS POR EXÁMEN} = \frac{\text{Nº Total de placas}}{\text{Total de exámenes}}$		<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTES</b>
		<b>2013</b>
		3714
		3689
	Resultado	1,01

El número de placas utilizadas por cada estudio realizado durante el año 2013 fue de 1, por lo que se puede ver que se ha optimizado en la utilización de recursos.

### LABORATORIO

#### Promedio de exámenes por día laborado

$\text{PROMEDIO DE EXÁMENES POR DÍA LABORADO} = \frac{\text{Número de exámenes}}{\text{Días Laborados}}$		<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTES</b>
		<b>2013</b>
		27883
		215
	Resultado	129,69
	Estándar y rango	20

De acuerdo a los datos entregados por la encargada de estadística se pudo determinar que el promedio de exámenes por día laborado es de 129 aproximadamente lo cual da la base para programar el número de exámenes de acuerdo a la demanda diaria, y tratar de cubrir dicha demanda, cabe recalcar que esta área depende netamente del área de consulta externa ya que el médico en caso de ser necesario para confirmar su diagnóstico emite las ordenes de exámenes, en el área laboraron durante el período examinado 4 profesionales por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del indicador cada licenciado en promedio realizo 32 exámenes, se puede notar que se ha superado considerablemente al estándar establecido, al solicitarse exámenes sin racionalización.

### Número de exámenes por 100 consultas

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
NÚMERO DE EXÁMENES POR 100 CONSULTAS	$= \frac{\text{Número de exámenes CE}}{\text{Número de consultas}}$	17162
		24818
	Resultado	69,15
	Estándar y rango	20

No hay racionalización en los pedidos de exámenes, se solicitan demasiados exámenes en consulta externa.

### FARMACIA

#### Promedio de recetas despachadas en consulta

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
PROMEDIO RECETAS DESPACHADAS EN CONSULTA	$= \frac{\text{Número de recetas despachadas CE}}{\text{Nº de consultas}}$	29761
		24818
	Resultado	1,20
	Estándar y rango	2

De acuerdo al resultado de la aplicación del indicador este es razonable, considerando desde el punto de vista hospitalario, mientras que desde el punto de vista del afiliado este resultado revela que no se provee de la medicina necesaria.

#### Porcentaje de efectivización de recetas

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
PORCENTAJE DE EFECTIVIZACIÓN DE RECETAS:	$= \frac{\text{Número de recetas despachadas CE}}{\text{Nº de recetas prescritas CE}}$	29761
		30161
	Resultado	98,67
	Estándar y rango	90%

El porcentaje de efectivización de recetas fue del 99%, lo que significa que de cada 100 recetas prescritas 99 deben ser despachadas, siendo bueno ya que el estándar es del 90%.

#### **Análisis de la encuesta**

El objetivo de la realización de encuestas a los usuarios fue para determinar la calidad de atención, mismas que fueron aplicadas únicamente a los pacientes de la UAA IESS-Macas.

La aplicación de la encuesta presentó los siguientes resultados:

#### **1. ¿La señalización que posee la UAA IESS-Macas le ayuda a la fácil focalización de los departamentos?**

SI	NO
28	24



Fuente: Encuestas aplicadas en la UAA IESS-Macas.

De los pacientes a quienes se les aplicó la encuesta el 54% de ellos respondieron que si es de ayuda la señalización existente dentro de la UAA IESS-Macas, mientras que el 46% manifestaron que no es la suficiente ya que muchas de las veces se les hace difícil ubicarse para llegar al área que necesitan.

#### **2. La limpieza e higiene de la UAA IESS-Macas es:**

a) Excelente	b) Buena	c) Mala
13	39	0



Fuente: Encuestas aplicadas en la UAA IESS-Macas

El 25% de los pacientes encuestados manifiestan que la limpieza e higiene de la UAA IESS-Macas es excelente, mientras que el 75% dicen que es buena por lo que se entiende que la UAA IESS-Macas cumple con los requerimientos establecidos para los centros de salud.

**3. ¿Es rápida y ágil la obtención de un turno?**

SI	NO
52	0

**4. ¿Es de su satisfacción el servicio de toma de signos vitales previa a la consulta?**

SI	NO
52	0

Pregunta N° 3-4: De las personas encuestadas manifestaron que es rápida y ágil la obtención de un turno en la UAA IESS-Macas, están satisfechos todos con el servicio previo a la atención con el médico ya que es necesaria la toma de signos vitales para que el médico pueda generar un diagnóstico para los pacientes.

**5. La atención por parte de los médicos es:**

a) Excelente	b) Buena	c) Mala
8	44	0
15%	85%	0%



Fuente: Encuestas aplicadas en la UAA IESS-Macas.

El 15% de los pacientes supieron manifestar que la atención del médico es excelente, mientras que el 85% la evaluó como buena a la atención que brindan los médicos en la UAA IESS-Macas.

**8. ¿Existe respeto mutuo entre médico y paciente?**

SI	NO
52	0

**9. ¿El médico se toma su tiempo para atender su caso?**

SI	NO
52	0

Pregunta N° 8-9: Todos los pacientes encuestados manifestaron que si existe un respeto mutuo entre médico y paciente, así como también dicen estar ellos de acuerdo con que el médico dedica su tiempo para atender cada caso que se presenta por cada uno de los pacientes, dando a conocer que se sienten satisfechos totalmente con el servicio de consulta externa brindado.

**10. ¿El trato brindado en el laboratorio clínico es satisfactorio?**

SI	NO
52	0

**11. ¿El tecnólogo de laboratorio toma sus muestras con cuidado?**

SI	NO
52	0

**12. ¿El laboratorio clínico cuenta con el espacio necesario para su atención?**

SI	NO
52	0

En las preguntas 10, 11,12 referentes al área de laboratorio, de los pacientes encuestados todos ellos manifestaron que se encuentran satisfechos con el trato, así como también piensan que el espacio es el adecuado en esa área, por lo tanto se puede evidenciar total satisfacción con el servicio brindado dentro del área de laboratorio.

**13. ¿Disponen de todos los medicamentos prescritos en sus recetas?**

SI	NO
37	15



Fuente: Encuestas aplicadas en la UAA IESS-Macas.

Los pacientes en un 29% opinan que no siempre están disponibles todos los medicamentos prescritos en sus recetas, por lo que ellos tienen que recurrir a farmacias particulares, mientras que el 71% de los pacientes dicen que siempre que han acudido a farmacia la medicación prescrita para ellos ha estado disponible, no se les ha presentado ningún inconveniente.

**14. ¿Los medicamentos prescritos en sus recetas vienen con sus respectivas indicaciones?**

SI	NO
52	0

De las encuestas aplicadas a los pacientes todos manifestaron que sus recetas prescritas vienen con sus respectivas indicaciones, facilitándoles la comprensión del tratamiento a seguir.

De las preguntas 13, 14 referentes al área de farmacia se encontró una debilidad respecto a la disponibilidad de medicamentos prescritos para los pacientes en las recetas, esto genera molestias y malestar en los pacientes, por lo que no están satisfechos con el servicio de farmacia.

**15. ¿Está satisfecho con el servicio proporcionado por el Área de Rayos X?**

SI	NO
46	6



Fuente: Encuestas aplicadas en la UAA IESS-Macas.

EL 88% del total de pacientes encuestados manifestaron estar satisfechos con el servicio brindado en el área de Rayos X, mientras que el 12% restante manifiestan inconformidad con el servicio recibido en esta área.

### **Conclusión**

De la aplicación de la encuesta se pudo obtener ciertas debilidades, como lo fue de la pregunta N° 1. En la que hace referencia a la señalética de la UAA IESS-Macas donde los pacientes manifestaron en un 46% de ellos que no es la suficiente ya que muchas de las veces se les hace difícil ubicarse para llegar al área que necesitan. Además con respecto al área de farmacia manifestaron que no siempre está disponible toda la medicación prescrita en las recetas, esto genera malestar en los usuarios que acuden a la UAA IESS-Macas.

### **Recomendación**

#### **Al Director Técnico de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS-Macas**

18. Realizará la gestión necesaria para que se proceda a la revisión de los letreros de localización para que se encuentren en los lugares adecuados en caso de ser necesarios reorganizarlos, con el fin de facilitar una mejor ubicación para el usuario y así evitar pérdida de tiempo al querer llegar a su lugar de destino dentro de la UAA IESS-Macas.
  
19. Dispondrá al personal médico que se realicen las prescripciones de medicamentos de acuerdo a la disponibilidad existente en farmacia.



Mariela Noguera  
C.I: 1400499438

### 3.1.7 Objetivos

- Elaborar la matriz de seguimiento de recomendaciones.

### 3.1.8 Programa de fase V

<b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>				
<b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>				
<b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>				
<b>PROGRAMA DE FASE V</b>				
<b>No</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fecha</b>	<b>P/T</b>
1	Desarrollar la matriz de recomendaciones	Mariela Noguera		FS-001
<b>Elaborado por:</b> Mariela Noguera <b>Supervisado por:</b> Ing. René Coronel.		<b>Fecha:</b> 11-05-2014 <b>Fecha:</b> 19-05-2014		

### 3.1.9 Matriz de recomendaciones

La Matriz de Recomendaciones consta en el Anexo N° 7.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- Para el desarrollo de la auditoría se aplicaron las herramientas necesarias, se utilizó el modelo de auditoría de gestión, su evaluación se la realizó mediante, encuestas, cuestionarios, aplicación de indicadores revelando de esta manera las deficiencias existentes en la Unidad.
- La carencia de un archivo adecuado y organizado, afectaron la programación inicial y cumplimiento de los procedimientos en el desarrollo de la auditoría de gestión.
- No existe una planificación estratégica adecuada en la entidad, siendo este un instrumento primordial para el logro de objetivos y metas.
- No se ha establecido un cronograma de trabajo en los que se defina claramente lo que va a realizar, las fechas de ejecución, los responsables involucrados, entre otros, que permita medir el grado de cumplimiento de compromiso de gestión, que tiene esta unidad de salud con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como lo tienen todas y cada una de la unidades de salud propias del IESS para convertirse en unidades prestadoras de salud.
- En la UAA IESS-Macas no se han aplicado indicadores de gestión para medir y evaluar la gestión de los servicios que brinda la unidad en términos de eficiencia, eficacia y calidad.
- En la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas no existe un manual de funciones y procedimientos interno que permita a las distintas áreas departamentales de manera efectiva, práctica y clara operar las diferentes actividades de los servicios de salud.

- Se emitió el informe final mismo que constituye una guía para la toma de decisiones por los directivos, que permitirá corregir las debilidades encontradas durante la ejecución de la auditoría.

### **Recomendaciones**

- A sus directivos, enfatizar su gestión en la importancia de poseer un sistema integral que constituya una ayuda en la medición del desempeño de la entidad, que permita alcanzar los objetivos y metas, la detección anticipada de desviaciones o áreas susceptibles de mejoras, pudiendo incorporar medidas correctivas de forma oportuna para su solución, permitiéndoles crecer y fortalecer como Unidad, reduciendo niveles de riesgo, logrando así la efectividad en sus operaciones diarias.
- Actualizar e implementar la planificación estratégica que cuente con instrumentos de medición e indicadores, y que genere informes y reportes sobre resultados de gestión para fines de evaluación y toma de decisiones, lo que permitirá alcanzar la visión declarada, con la finalidad que los directivos de la institución se involucren y ejecuten la operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes y se logre las metas propuestas, logrando alcanzar resultados exitosos.
- Establecer una programación de actividades, para que estas se cumplan a cabalidad, con responsabilidad y en un tiempo estimado.
- Elaborar y aplicar manuales de funciones y procedimientos internos que permita a los funcionarios conocer lo que deben desarrollar a nivel institucional y de esta manera evitar funciones incompatibles.
- Aplicar en forma periódica los indicadores de gestión que permitan conocer la situación actual de la Unidad, medir el desempeño por cada área, ya que importante una evaluación constante en los servicios de salud por cuanto sus resultados permiten tomar acciones correctivas y brindar una atención de calidad los afiliados, así también mejorar en el desarrollo de sus operaciones.

- Poner en práctica y dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe de auditoría, logrando mejorar su gestión, para garantizar la calidad del servicio y la satisfacción de los afiliados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **RESEÑA BIBLIOGRÁFICA**

- ALVIN A. Arens, *Auditoría Un Enfoque Integral*; Decimo Segunda Edición, Pearson Education, 2009.
- MANTILLA, Franklin, *Auditoría del control interno*, ECOE Ediciones, Bogotá, 2009.
- BLANCO LUNA, Yanel, *Auditoría Integral Normas y Procedimientos*, 2da Edición, Ecoe Ediciones, Bogotá, 2012
- BENJAMIN, Enrique, *Auditoría Administrativa*, 2da Edicion , McGraw-Hill, Mexico, 2012.
- LEÓN CORNEJO, Gilberto Marcelo, *Auditoría de gestión V-Guía Didáctica*, 1<sup>era</sup>. Edición, EDILOJA Cía. Ltda., Loja –Ecuador, 2012, Módulo: II.
- VILLAVICENCIO GONZÁLEZ, María Walevska, *Auditoría de Gestión VI-guía didáctica*, 1<sup>era</sup>. Edición, EDILOJA Cía. Ltda, Loja –Ecuador, 2012, Módulo: III.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Epifanía, y otros, *Modelo sistémico de auditoría interna con enfoque de riesgo*, Editorial Universitaria, Cuba, 2010.
- ZAMARRÓN, Beatriz, *Papeles de trabajo: auditoría*, El Cid Editor, Argentina, 2009.
- MORENO MONTAÑA, Eliana, *Auditoría*, El Cid Editor, Argentina, 2009.
- JIMÉNEZ, Yolanda, *Auditoría*, El Cid Editor, Argentina, 2009.

- FERRANDO, Alonso, y otros, *Desarrollo histórico de la auditoría en el mundo*, El Cid Editor, Argentina, 2009.
- LADINO, Enrique, *Control interno: informe Coso*, El Cid Editor, Argentina, 2009.
- JIMENEZ, Armando, *Historia de la auditoría*, El Cid Editor, Argentina, 2009.
- LÓPEZ HERNÁNDEZ, Ignacio, *Control y auditoría en las entidades públicas*, El Cid Editor, Argentina, 2009
- LEFCOVICH, Mauricio León, *Auditoría interna: un enfoque sistémico y de mejora continua*, El Cid Editor, Argentina, 2009

#### **MANUALES, LEYES, REGLAMENTOS:**

- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, *Manual de Auditoría de Gestión*.
- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, Guía Metodológica para Auditoría de gestión
- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO, Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que Dispongan de Recursos Públicos, Quito, 16 de noviembre de 2009.
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado

#### **WEBGRAFÍA:**

- [www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestrero.pdf](http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestrero.pdf). Extraído el 10 de Marzo del 2014
- [cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/38/1/MoralesLepe.pdf](http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/38/1/MoralesLepe.pdf). Extraído el 21 de Marzo de 2014.
- [www.mailxmail.com/curso-auditoria-administracion-publica-control-interno/control-interno-antecedentes-evolucion-1-2](http://www.mailxmail.com/curso-auditoria-administracion-publica-control-interno/control-interno-antecedentes-evolucion-1-2). Extraído el 2 de Abril de 2014.

- [www.contadoresguayas.org/descargas/nea/NEA%202.pdf](http://www.contadoresguayas.org/descargas/nea/NEA%202.pdf). Extraído el 7 de Abril de 2014.
- [blogauditoria.files.wordpress.com/2009/11/evidencia.pdf](http://blogauditoria.files.wordpress.com/2009/11/evidencia.pdf). Extraído el 18 de Abril de 2014.
- [www.auditool.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=306:papeles-de-trabajo-en-auditoria&catid=40:blog&Itemid=55](http://www.auditool.org/index.php?option=com_content&view=article&id=306:papeles-de-trabajo-en-auditoria&catid=40:blog&Itemid=55). Extraído el 18 de Abril de 2014.
- MANTILLA, 22 de Enero de 2011, [www.coso.org/documents/IC\\_COSO\\_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4\\_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf](http://www.coso.org/documents/IC_COSO_COMMENTS/PREVIOUS/86-07c92ffb-6afe-466d-863b-6a0634c1dac4_CI-basado-en-principios-Enero-2012.pdf). Extraído el 7 de Abril de 2014.

## **ANEXOS**

# ANEXOS

## **ANEXO N° 1: ACTA DE COMPROMISO**

### **ACTA DE COMPROMISO**

En Macas, al Día 11 de marzo de 2014 comparecen en forma libre y voluntaria la señorita MARIELA ALEXANDRA NOGUERA YUMBLA, en calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Politécnica Salesiana, y por otra parte el Doctor MARIO ÁLVAREZ, en calidad de DIRECTOR de la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas", por sus propios y personales derechos; mayores de edad, hábiles y con capacidad legal para celebrar el presente compromiso de conformidad con las siguientes cláusulas:

#### **PRIMERA: ANTECEDENTES**

La señorita MARIELA ALEXANDRA NOGUERA YUMBLA, estudiante de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría de la Universidad Politécnica Salesiana, quien necesita realizar el trabajo de grado previo a la obtención del título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría.

La "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" es una institución sin fines de lucro, su máxima autoridad brinda el apoyo para que se realice la auditoría de gestión en la entidad por el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013.

#### **SEGUNDA: COMPROMISO**

Con los antecedentes expuestos, la señorita Mariela Alexandra Noguera Yumbla por sus propios y personales derechos se compromete con la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" a lo siguiente:

- Determinar el cumplimiento de las metas y objetivos planteados por la entidad en el año 2013.
- Determinar el nivel de eficiencia, eficacia y calidad, en los servicios prestados por la entidad.
- Determinar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentos y más normatividad aplicable.

Por su parte la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" se compromete con la señorita Mariela Alexandra Noguera Yumbla a entregar la información necesaria para el desarrollo de la auditoría.

La ejecución de este trabajo se realizará específicamente con fines académicos; está encaminada al cumplimiento de un requisito establecido en las normas generales de la Universidad Politécnica Salesiana para la obtención del Título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría.

**TERCERA: CONFIDENCIALIDAD**

"Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" asume entera responsabilidad por la integridad y fidelidad de la información entregada. Por lo tanto, Mariela Alexandra Noguera Yumbla con C.I. 1400499438 no asume por medio del presente contrato ninguna obligación de responder frente a terceros por las consecuencias que ocasione cualquier omisión o error voluntario o involuntario, ante la información entregada por parte de la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas".

La señorita Mariela Alexandra Noguera Yumbla se obliga a guardar absoluta reserva sobre la información que reciba en el desarrollo de su auditoria dentro de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas.

**CUARTA: RESPONSABILIDAD LABORAL**

Por la naturaleza civil de este convenio, la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas", no adquiere ningún tipo de relación laboral con la señorita Mariela Alexandra Noguera Yumbla. Por lo mismo mantendrá indemne a la "Unidad de Atención Ambulatoria del IESS-Macas" de cualquier reclamo por indemnizaciones, sueldo y beneficios sociales.

**QUINTA: ACEPTACIÓN**

Los comparecientes declaran expresamente que aceptan las estipulaciones de la presente constancia de compromiso por así convenir a sus respectivos intereses.

Para constancia de lo estipulado las partes firman en unidad de acto en tres ejemplares de igual valor o tenor.



Dr. Mario Alvarez  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA DEL  
IESS-MACAS

Mariela Alexandra Noguera Yumbla  
ESTUDIANTE

**ANEXO N° 2: UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA DEL IESS-MACAS**

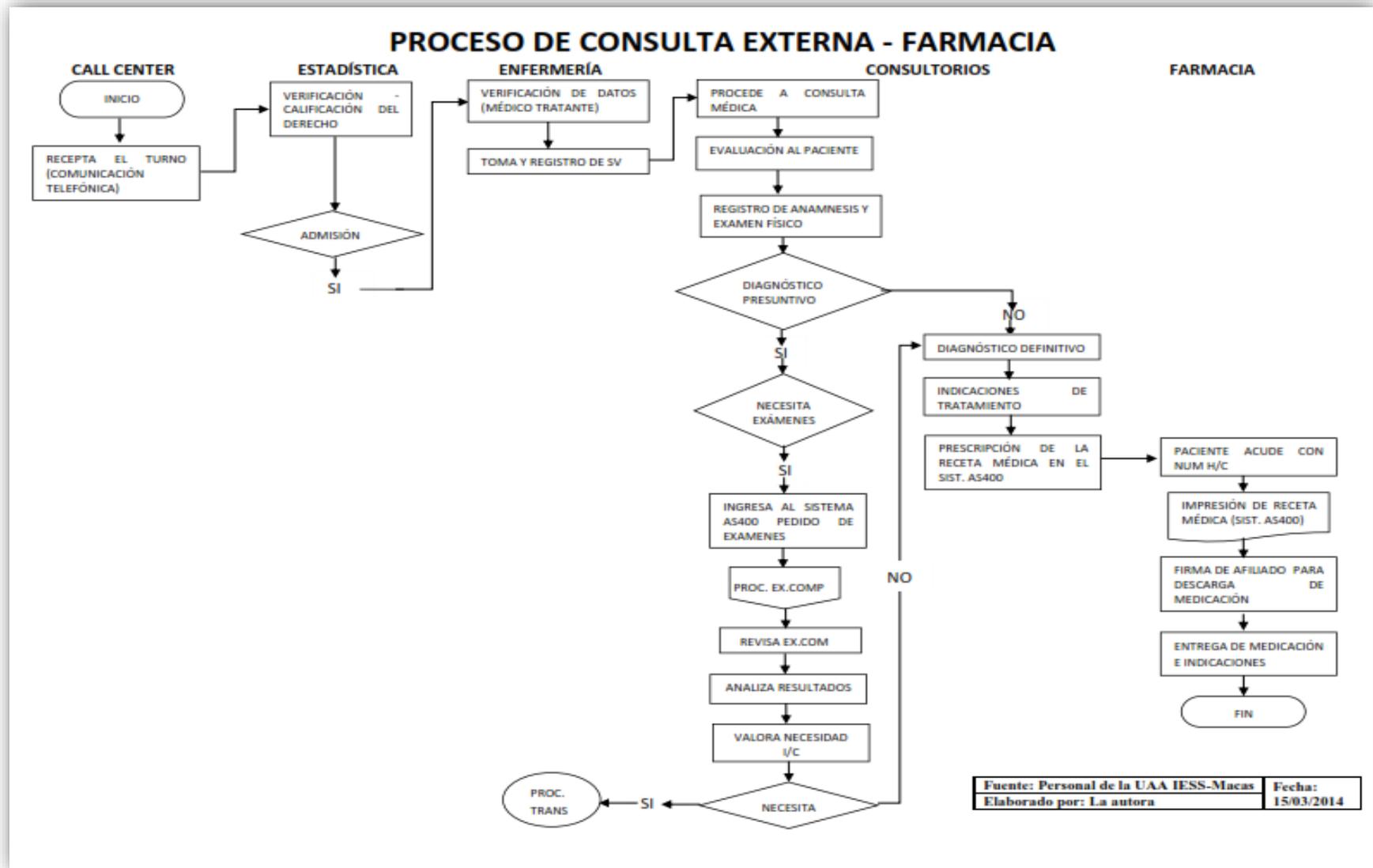
**Instalaciones de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS -Macas.**



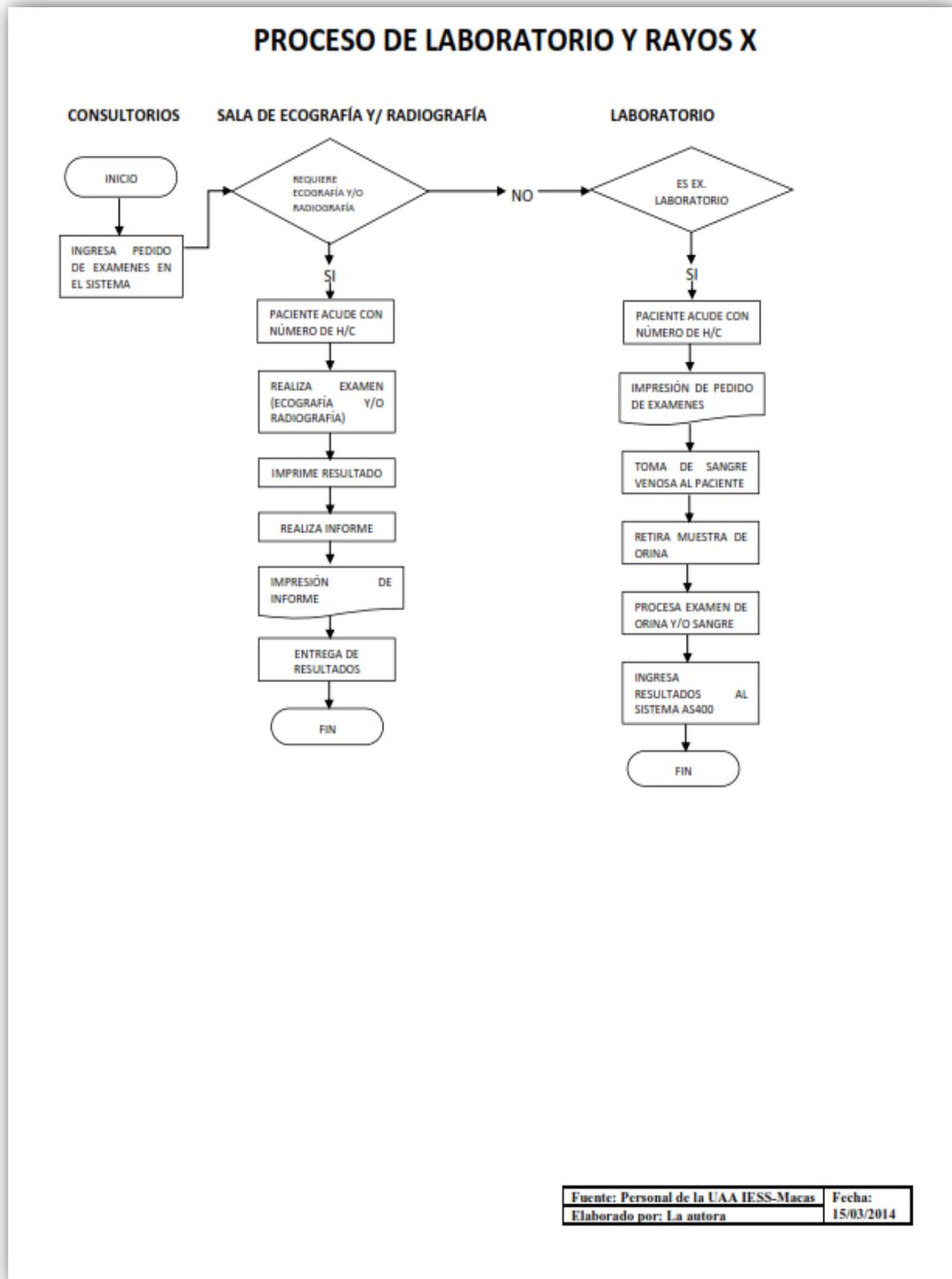




**ANEXO N° 3: FLUJOGRAMA- CONSULTA EXTERNA Y FARMACIA**



## ANEXO N° 4: FLUJOGRAMA- RAYOS X Y LABORATORIO



Fuente: Personal de la UAA IESS-Macas	Fecha: 15/03/2014
Elaborado por: La autora	

## ANEXO N° 5: Matriz de Riesgo Preliminar

UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS			FPP-015
AUDITORÍA DE GESTIÓN			
Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013			
MATRIZ DE EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL RIESGO DE AUDITORÍA			
COMPONENTE:	NIVEL DE RIESGO		ENFOQUE PRELIMINAR
	Inherente	MODERADO	MIXTO-DOBLE PROPÓSITO
AMBIENTE DE CONTROL :	<p>No se ha establecido un código de ética interno por escrito aplicable en la institución , sin embargo los profesionales tienen conocimiento que su trabajo debe ser realizado con ética profesional</p> <p>Para un mejor desempeño de cada área se realizan programaciones anuales por departamento, así como también se realiza la rendición de cuentas correspondiente.</p> <p>No existe un manual de funciones interno, se trabaja en base al manual de funciones general del IESS existente</p> <p>Existe una estructura organizativa con una relación jerárquica funcional, sin embargo no se cuenta con un manual de procedimientos interno, se trabaja según lo establecido en la normativa general del IESS.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar o determinar que se haya cumplido con la elaboración del plan operativo anual 2013</li> <li>- Verificar o determinar que se haya cumplido con el proceso de Rendición de cuentas.</li> <li>- Verificar o determinar que se haya cumplido con la elaboración del Plan Anual de Contrataciones.</li> <li>- Verificar la existencia de la estructura orgánica de la institución y que se encuentre debidamente aprobado.</li> </ul>
	EVALUACIÓN DE RIESGOS	<p>En la institución no se mantiene un plan estratégico, existe carencia de conocimiento de los empleados sobre el plan estratégico , para el cumplimiento de metas se basa en el presupuesto disponible asignado, se elabora el mapa de riesgo que se ve reflejado en la matriz FODA, actualmente no se cuenta con los respaldos necesarios de la información de la entidad, a través del sistema AS400 mantienen respaldo de la información de las historias clínicas de los pacientes.</p>	
ACTIVIDADES DE CONTROL		<p>En la entidad se maneja todo trámite en base a las disposiciones legales; mediante los reportes del sistema AS400 permite tener un control del desempeño de los funcionarios; no existe documentación física de respaldo sobre las funciones de cada área de trabajo, para acceder a la información se maneja a través de claves de acceso que posee cada funcionario.</p>	
	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	<p>La entidad maneja sistemas informáticos en los que permite consolidar información, y a la vez estar en comunicación constante con el personal, así como también con sus afiliados a través del buzón de reclamos.</p>	
SUPERVISIÓN		<p>Se da seguimiento a cada departamento mediante informes mensuales, y así también por parte del director a cada momento está supervisando las actividades que se realizan.</p>	
	Realizado por: Mariela Noguera		Fecha: 10/04/2014
Revisado por: Ing. René Coronel.		Fecha: 01/05/2014	

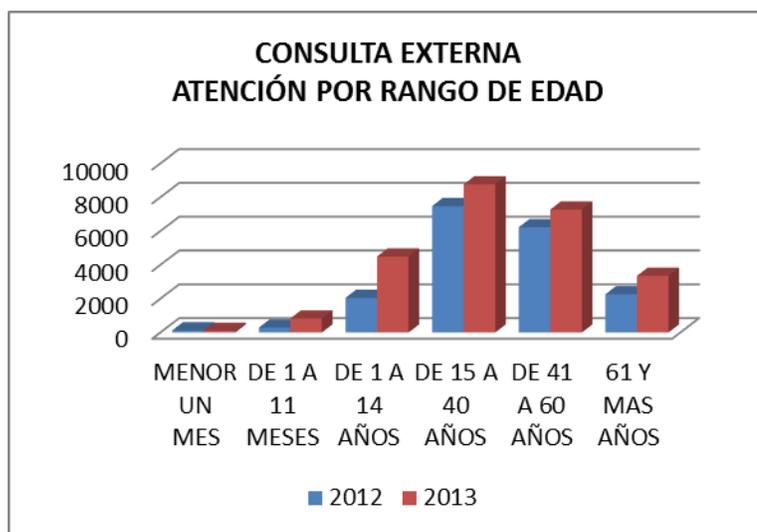
## ANEXO N° 6: INDICADORES

### CONSULTA EXTERNA

#### ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR GRUPOS ETAREOS:

En la siguiente tabla se puede observar que la atención de consulta externa por Grupos atareos fueron:

<b>ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR GRUPOS ETAREOS</b>				
<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>2012</b>	<b>%</b>	<b>2013</b>	<b>%</b>
MENOR UN MES	126	1%	104	0%
DE 1 A 11 MESES	293	2%	832	3%
DE 1 A 14 AÑOS	2053	11%	4493	18%
DE 15 A 40 AÑOS	7478	41%	8763	35%
DE 41 A 60 AÑOS	6229	34%	7273	29%
61 Y MAS AÑOS	2264	12%	3353	14%
<b>TOTAL</b>	<b>18443</b>	<b>100%</b>	<b>24818</b>	<b>100%</b>



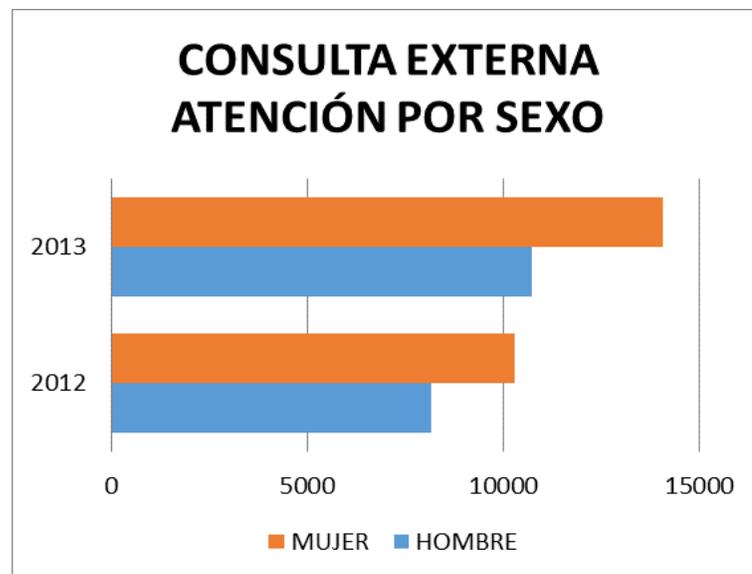
**De las atenciones brindadas en consulta externa se pudo determinar que:**

Las personas con mayor porcentaje de atención en consulta externa durante el año 2012 entre los 15 a 40 años fueron del 41% y para el 2013 con el 35%.

### **PORCENTAJE DE ATENCIÓN SEGÚN SEXO:**

La atención en consulta externa de acuerdo al sexo de los afiliados estuvo determinado como se presenta a continuación:

<b>ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR SEXO</b>				
<b>SEXO</b>	<b>PERIODO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>% SEGÚN SEXO</b>
	<b>2012</b>	<b>2013</b>		
HOMBRE	8165	10733	18898	43,68%
MUJER	10278	14085	24363	56,32%
<b>TOTAL</b>	<b>18443</b>	<b>24818</b>	<b>43261</b>	<b>100%</b>



Durante el período de análisis en consulta externa se puede evidenciar según los datos proporcionados por la responsable de estadística que por consulta externa se atendido a 18898 hombres entre el 2012 y 2013 lo que corresponde al 43.68%, mientras que la atención en mujeres ha sido mayor ya que representa el 56.32%. Esto fortalece la premisa que la mayor producción de esta unidad es materno infantil.

## ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD EN PRIMERA CONSULTA Y SUBSECUENTES:

De acuerdo a los datos entregados por la responsable de estadística se pudo determinar los siguientes resultados:

PRODUCCIÓN DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD EN PRIMERA CONSULTA Y SUBSECUENTES				
DESCRIPCION	2012	%	2013	%
PRIMERA CONSULTA	13030	71%	16576	67%
CONSULTAS SUBSECUENTES	5413	29%	8242	33%
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>18443</b>	<b>100%</b>	<b>24818</b>	<b>100%</b>



Al realizar el análisis de la producción obtenida a través de los datos entregados por la responsable de estadística se puede evidenciar que se presentó un incremento del 15% los cuales pasaron de 18443 atenciones en el 2012 a 24818 en el 2013, presentándose un aumento de 6375 atenciones, sin embargo a pesar del incremento de pacientes atendidos en consulta externa, el porcentaje de pacientes atendidos en primeras consultas disminuyó del 71% al 67% durante el año 2012 al 2013 respectivamente, incrementándose las consultas subsecuentes del 29% al 33% durante los años 2012-2013

respectivamente; es de resaltar que este incremento corresponde a que se han aumentado las atenciones en consulta externa por especialidades.

**PORCENTAJE DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD:**

ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD				
ESPECIALIDAD	2012	%	2013	%
CIRUGIA GENERAL	1350	49%	1406	51%
GINECOLOGIA	2954	47%	3326	53%
MEDICINA GENERAL	6169	46%	7385	54%
MEDICINA INTERNA	2188	40%	3236	60%
MEDICINA PREVENTIVA	1171	28%	2948	72%
PEDIATRIA	1443	26%	4123	74%
TRAUMATOLOGIA	766	56%	600	44%



En la atención de consulta externa por especialidad en el año 2012 hubo una mayor atención en la consulta de traumatología con un 56% mientras que para el año 2013 bajó el número de atenciones en esta área debido a que el especialista renunció, y se evidencia un mayor número de atenciones en pediatría que representa el 74%.

**CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS:**

CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS: = $\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total de primeras consultas}}$ =	<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>	
	<b>2013</b>	
		24818
		16576
	Resultado	1,50
	Estándar y rango	2

Este indicador mide la eficacia de la atención para curar una determinada enfermedad. El resultado determina que los afiliados reciben en promedio de 1 atención para tratar una determinada enfermedad o causa, el estándar establecido en el que debe acudir un paciente para ser tratado en la institución es de 2 consultas por lo que se puede evidenciar que se encuentra dentro del estándar establecido.

**PROMEDIO DIARIO DE CONSULTA:**

PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS: = $\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Días laborables}}$ =	<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>	
	<b>2013</b>	
		24818
		215
	Resultado	115,43
	Estándar y rango	184

No cubre el término de referencia, dado que existe baja productividad de algunos médicos, situación que fue confirmada en la determinación de la productividad individual, y considerando que el especialista de traumatología renunció.

## PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MÉDICO

PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MÉDICO.  $\text{PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MÉDICO} = \frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total horas médico trabajadas}}$		<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>
		<b>2013</b>
		24818
		12040
	Resultado	2,06
	Estándar y rango	3 MED.GENERAL 4 ESPECIALISTA

El rendimiento en el servicio de consulta externa el promedio diario de consultas atendidas es de 2.06 en la UAA IESS-Macas, considerando que el estándar establecido es de 4 consultas para el médico general y 3 para el especialista, consecuentemente la productividad fue baja por lo que se encuentra por debajo del estándar establecido.

## **RAYOS X**

### PROMEDIO DE ESTUDIOS RX POR DÍA LABORADO

PROMEDIO DE ESTUDIOS RX POR DÍA LABORADO:  $\text{PROMEDIO DE ESTUDIOS RX POR DÍA LABORADO} = \frac{\text{Número de estudios}}{\text{Días Laborados}}$		<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>
		<b>2013</b>
		3689
		215
	Resultado	17,16
	Estándar y rango	20

Se determinó que durante el 2013 el número de exámenes en promedio realizados en el área por día laborado fue de 17 estudios, cuando el término de referencia es de 20 por lo que la producción en el período auditado se cumplido en un 86%.

## NÚMERO DE PLACAS POR EXÁMEN

<p>NÚMERO DE PLACAS = <math>\frac{\text{Nº Total de placas}}{\text{Total de exámenes}}</math> =</p> <p>POR EXÁMEN</p> <p>Resultado</p>	<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>
	<b>2013</b>
	3714
	3689
	1,01

El número de placas utilizadas por cada estudio realizado durante el año 2013 fue de 1, por lo que se puede ver que se ha optimizado en la utilización de recursos.

## **LABORATORIO**

### PROMEDIO DE EXÁMENES POR DÍA LABORADO

<p>PROMEDIO DE EXÁMENES POR DÍA LABORADO = <math>\frac{\text{Número de exámenes}}{\text{Días Laborados}}</math> =</p> <p>Resultado</p> <p>Estándar y rango</p>	<b>PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE</b>
	<b>2013</b>
	27883
	215
	129,69
	20

De acuerdo a los datos entregados por la encargada de estadística se pudo determinar que el promedio de exámenes por día laborado es de 129 aproximadamente lo cual da la base para programar el número de exámenes de acuerdo a la demanda diaria, y tratar de cubrir dicha demanda, cabe recalcar que esta área depende netamente del área de consulta externa ya que el médico en caso de ser necesario para confirmar su diagnóstico emite las ordenes de exámenes, en el área laboraron durante el período examinado 4 profesionales por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del indicador cada licenciado en promedio realizó 32 exámenes, se puede notar que se ha superado considerablemente al estándar establecido, al solicitarse exámenes sin racionalización.

## NÚMERO DE EXÁMENES POR 100 CONSULTAS

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
NUMERO DE EXÁMENES POR 100 CONSULTAS	DE = $\frac{\text{Número de exámenes CE}}{\text{Número de consultas}}$ =	17162
		24818
	Resultado	69,15
	Estándar y rango	20

## FARMACIA

### PROMEDIO DE RECETAS DESPACHADAS EN CONSULTA

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
PROMEDIO DE RECETAS DESPACHADAS EN CONSULTA	DE = $\frac{\text{Número de recetas despachadas CE}}{\text{Nº de consultas}}$ =	29761
	EN	24818
	Resultado	1,20
	Estándar y rango	2

De acuerdo al resultado de la aplicación del indicador este es razonable, considerando desde el punto de vista hospitalario, mientras que desde el punto de vista del afiliado este resultado revela que no se provee de la medicina necesaria.

### PORCENTAJE DE EFECTIVIZACIÓN DE RECETAS:

		PRODUCCIÓN SEGÚN REPORTE
		2013
PORCENTAJE DE EFECTIVIZACIÓN DE RECETAS:	= $\frac{\text{Número de recetas despachadas CE}}{\text{Nº de recetas prescritas CE}}$ =	29761
		30161
	Resultado	98,67
	Estándar y rango	90%

El porcentaje de efectivización de recetas fue del 99%, lo que significa que de cada 100 recetas prescritas 99 deben ser despachadas, siendo bueno ya que el estándar es del 90%.

**ANEXO N°7: MATRIZ DE RECOMENDACIONES**

<p align="center"><b>UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS-MACAS</b>  <b>AUDITORÍA DE GESTIÓN</b>  <b>Del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2013</b>  <b>MATRIZ DE RECOMENDACIONES</b></p>			
<b>N°</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>DIRIGIDO A:</b>	<b>PLAZO</b>
1	Conformará una comisión multidisciplinaria que elabore un proyecto de código de ética para el personal de UAA IESS-Macas, el mismo que será puesto a consideración del director general de IESS para su análisis y aprobación, y posterior difusión.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
2	Dispondrá al encargado de Recursos Humanos elabore un manual de funciones necesario para la determinación de cada una de las actividades del personal, el mismo que permitirá conocer lo que deben desarrollar a nivel institucional y de esta manera evitar funciones incompatibles.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
3	Gestionará las acciones necesarias para implementar el archivo central de la UAA IESS-Macas, el cual deberá enmarcarse en la normativa legal vigente y permita mantener documentación ordenada necesaria para aquellas revisiones y verificaciones posteriores.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	INMEDIATO
4	Elaborará e implementará la planificación estratégica que cuente con instrumentos de medición e indicadores, y que genere informes y reportes sobre resultados de gestión para fines de evaluación y toma de decisiones, lo que permitirá alcanzar la visión declarada, con la finalidad que los directivos de la institución se involucren y ejecuten la operaciones con eficiencia, eficacia, calidad y economía, hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes y se logre las metas propuestas, logrando	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES

	alcanzar resultados exitosos.		
5	Aplicará el cuadro de mando integral como un instrumento o metodología de gestión, la que permitirá supervisar y monitorear la ejecución de los planes de acción a través del tiempo en forma global.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
6	6. Dispondrá al personal de Enfermería de la Unidad, realizar la pre consulta de los pacientes y registrarla en su respectiva Historia Clínica, previo al ingreso del paciente a la consulta médica, a fin de que el personal médico tratante conozca los signos vitales del paciente.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	INMEDIATO
7	7. Realizará las gestiones necesarias para que periódicamente se ejecuten programas de capacitación para los servidores de la unidad y se autorice por cuenta de la entidad su asistencia, según el desempeño a eventos relacionados con las actividades propias de cada área, priorizando aquellas que requieran con urgencia mayor actualización. Estas acciones serán puestas en conocimiento de las autoridades superiores a fin de exigir los recursos necesarios para su realización y estarán fundamentadas en las reales necesidades de la Unidad. Asimismo serán objeto de seguimiento para determinar si los resultados garantizan la optimización del servicio público y por ende de los gastos que se realice.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
8	Dispondrá al responsable de laboratorio clínico, aplique de manera obligatoria las normas emitidas por el Ministerio de Salud Pública con respecto al cumplimiento de “NORMAS DE BIOSEGURIDAD”.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	INMEDIATO
9	Cumplirá y hará cumplir la normativa existente para el funcionamiento, vigilancia y control de laboratorio en sus diferentes procesos y áreas con el objeto de proporcionar un servicio eficiente, efectivo, confiable y oportuno de apoyo para diagnóstico, prevención y control médico, exigirá a los servidores y servidoras la utilización permanente de las distintas prendas, en las actividades que corresponda a objeto de precautelar su integridad y fomentar una cultura de atención de calidad a los pacientes. En caso de incumplimiento se aplicaran las sanciones previstas en la ley.	Encargada de Laboratorio	INMEDIATO

10	Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para la contratación de personal en el área administrativa de laboratorio para la concesión de turnos, transcripción de informes, entrega de resultados y tareas de secretaria de este servicio.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	6 MESES
11	Dispondrá al encargado del Dep. Financiero que supervise que se realice el registro de las operaciones de las tarjetas kardex en el área de laboratorio de forma inmediata.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	INMEDIATO
12	Gestionará la realización de inspecciones sobre la señalética de seguridad disponible en el área, con la finalidad de verificar su optima localización, de ser necesario tramitara para que se integre en el presupuesto una partida para este tipo de activos y así cumplir con el reglamento de señalización de seguridad para establecimiento de salud.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	6 MESES
13	Realizará las gestiones pertinentes a fin de que se incorpore en el presupuesto una partida para que adquisición de activos fijos (estantería ergonómica) y otros muebles que permitan una mejor localización de los fármacos así poder cumplir con los estándares establecidos para la unidad, observando las buenas prácticas de almacenamiento establecidos por la organización mundial de salud.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	6 MESES
14	Colocará los medicamentos con un ordenamiento de fácil identificación, procedimiento que facilitara su distribución.	Encargada de Farmacia	INMEDIATO
15	Establecerá en coordinación con la líder encargada de farmacia los niveles mínimos y máximos de existencias de los fármacos para la elaboración de la programación anual de fármacos considerándolos como referenciales en los procesos de adquisición.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
16	Realizará los requerimientos necesarios sobre la medicación con el fin de que no se den roturas de stock en el área.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
17	Cumplirán las horas asignadas para consulta externa de acuerdo al horario establecido, que estará sujeto a las Normas para atención a pacientes en unidades médicas del IESS, que tiene concordancia con los términos de referencia establecidos, consecuentemente la Unidad reciba	Personal médico	INMEDIATO

	la contraprestación del servicio por el egreso de recursos.		
18	Realizará la gestión necesaria para que se proceda a la revisión de los letreros de localización para que se encuentren en los lugares adecuados en caso de ser necesarios reorganizarlos, con el fin de facilitar una mejor ubicación para el usuario y así evitar pérdida de tiempo al querer llegar a su lugar de destino dentro de la UAA IESS-Macas.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	3 MESES
19	Dispondrá al personal médico que se realicen las prescripciones de medicamentos de acuerdo a la disponibilidad existente en farmacia.	Director Técnico de la UAA IESS-Macas	INMEDIATO