

**ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO**



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE  
COMERCIO**

**Previo a la obtención del título:**

**INGENIERA EN FINANZAS CONTADORA PÚBLICA - AUDITORA**

**TEMA:**

**Propuesta de implementación de un sistema de control interno administrativo en el  
INSTITUTO MÉDICO de especialidades de IBARRA**

**Paola Susana López Gómez**

**DIRECTOR:**

**DR. Aníbal Altamirano**

**CODIRECTOR:**

**DR. RODRIGO AGUILERA**

**SANGOLQUI, MARZO DE 2007**

## **CERTIFICACION**

A través de la presente certificamos que la Srta. PAOLA SUSANA LÓPEZ GÓMEZ, ha realizado y concluido su Tesis de Grado “PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CONTROL ADMINISTRATIVO EN EL INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE IBARRA” para obtener el título de Ingeniera en Finanzas Contador Público Auditor, de acuerdo al plan aprobado previamente por el Consejo Directivo del Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y de Comercio de la Escuela Politécnica del Ejercito y en cumplimiento de las disposiciones, normativas y reglamento vigentes.

Dr. Aníbal Altamirano  
DIRECTOR

Dr. Rodrigo Aguilera  
CODIRECTOR

II

## **AGRADECIMIENTO**

*Deseo consignar de modo expreso mi agradecimiento a Dios por darme la vida; a la Escuela Politécnica del Ejército, que me dio la oportunidad de prepararme en la rama del saber profesional; a aquellos profesores que supieron guiarme con sus enseñanzas por el buen camino de la ciencia; a mi Director de Tesis Dr. Aníbal Altamirano y mi Codirector Dr. Rodrigo Aguilera quienes supieron impartir sus conocimientos y sabiduría con paciencia y cautela, sin lo cual no habría sido posible alcanzar esta meta.*

*Paola López Gómez*

III

## ***DEDICATORIA***

*Con Amor*

*Al culminar con éxito una etapa de mi vida para dar inicio a otra, dedico este trabajo a mi madre quien ha sido pilar fundamental que me ha impulsado a seguir adelante y superarme, con su apoyo amor y firmeza para alcanzar una de mis metas en la vida.*

*Paola López Gómez*

## **Resumen Ejecutivo**

En el entorno económico, dinámico y competitivo del mundo actual en el que están inmersas las entidades del sector público y privado, condiciona y obliga a éstas a ajustar continuamente sus procedimientos y sistemas que permitan satisfacer las necesidades de la colectividad.

En la misión de elaborar un compendio que sustente el control interno para la gestión administrativa del Instituto Médico de Especialidades de Ibarra, se tuvo como precedente que esta institución necesitaba fortalecer el proceso que estaba designado para proporcionar una seguridad razonable en relación a los objetivos institucionales.

Por lo tanto este trabajo de investigación pone a consideración la recopilación y estudio de lo que proporcionará eficiencia, eficacia y economía en el IME así como en el cumplimiento de las operaciones y aplicación de las leyes y reglamentos aplicables en esta entidad; constituyendo un aporte técnico al servicio de la comunidad.

Por todo esto, el estudio y análisis del Control Interno, es un tema de gran importancia, puesto que se constituye en una herramienta útil e indispensable que al ser adoptada por el Instituto Médico de Especialidades, permitirá medir en forma eficiente el rendimiento de las actividades diarias que se realizan, proporcionando información que retroalimente el control de las operaciones y cumpliendo con los objetivos institucionales.

Adicionalmente la implementación de un Sistema de Control Interno ayudará al IME a salvaguardar sus recursos, evitando fraudes, errores, protegiendo sus activos, custodiando los recursos humanos y administrativos, verificando la efectividad de sus registros y el cumplimiento de las normas de control interno a implementarse.

Se hace imperioso la necesidad de contar y utilizar mecanismos y sistemas de información que permitan a las autoridades y directivos asumir su responsabilidad en la toma de decisiones en forma organizada y oportuna.

En tal sentido, la presente investigación está estructurada en siete capítulos que se presentan a continuación:

En el Capítulo I, se define la estructura de la empresa, problemática existente, es decir, el problema en estudio, además se establece el marco teórico y conceptual en el cual se fundamenta la investigación.

El Capítulo II, desarrolla un análisis situacional de la empresa, para determinar las estrategias a seguir, análisis realizado a los factores y variables internas y externas de la organización y aquellos elementos que inciden en sus acciones.

El Capítulo III, plantea el direccionamiento estratégico de la institución y en particular del área de planificación donde se formula la visión, misión, replanteando sus objetivos, políticas y estrategias, sustentados en principios y valores que constituyen la base de su cultura organizacional.

El Capítulo IV, establece los fundamentos teóricos del Control Interno, los cuales servirán de base para realizar la propuesta de mejoramiento, constituyendo técnicas y métodos de evaluación, enfocándose en el COSO II, que es el método que se usará para realizar la evaluación del IME.

El Capítulo V, desarrolla la evaluación de los controles actuales establecidos en áreas de Recursos Humanos, Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa utilizando para esto herramientas como: cuestionarios, narrativas, matriz FODA y Flujodiagramación que permiten establecer el riesgo existente y determinar en que procesos radica el mejoramiento.

El Capítulo VI, detalla la propuesta de mejoramiento del control interno con sus respectivas medidas correctivas, de acuerdo a lo que se determinó en los procesos seleccionados en el capítulo V, impulsando una mejor asignación del trabajo.

El Capítulo VII, da a conocer las conclusiones y recomendaciones que la investigación logró y responden a los objetivos planteados en el plan de tesis, por tanto, responden a las expectativas identificadas en la formulación de la tesis.

## **INDICE**

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN JECUTIVO.....	V

## **CAPITULO I**

### **1. ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1 ANTECEDENTES**

1.1.1	Base Legal de la Empresa.....	1
1.1.2	Objetivos de la Empresa.....	5

#### **1.2 LA EMPRESA**

1.2.1	Reseña Histórica.....	6
1.2.2	Organigramas	
1.2.2.1	Estructural.....	10
1.2.2.2	Funcional.....	11
1.2.2.3	De Personal.....	12
1.2.2.4	Por Procesos.....	13

## **CAPITULO II**

### **2. ANÁLISIS SITUACIONAL**

#### **2.1 ANÁLISIS INTERNO**

2.1.1	Área de Recursos Humanos.....	14
2.1.2	Área de Hospitalización.....	15
2.1.3	Área de Emergencias.....	16
2.1.4	Área de Consulta Externa.....	17

## 2.2 ANÁLISIS EXTERNO

### 2.2.1 Influencias Macroeconómicas

2.2.1.1 Factor Político.....	18
2.2.1.2 Factor Económico.....	20
2.2.1.3 Factor Tecnológico.....	26
2.2.1.4 Factor Legal.....	26

### 2.2.2 Influencias Microambientales

2.2.2.1 Cliente.....	28
2.2.2.2 Proveedor.....	29
2.2.2.3 Competencia.....	31
2.2.2.4 Precios.....	32

## **CAPITULO III**

### 3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

3.1 Misión.....	35
3.2 Visión.....	35
3.3 Objetivos.....	35
3.4 Políticas.....	36
3.5 Estrategias.....	38
3.6 Principios y Valores.....	38

## **CAPITULO IV**

### 4. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL CONTROL INTERNO.

4.1 Definición de Control Interno.....	41
4.2 Elementos del Control Interno.....	42
4.3 Clasificación del Control Interno.....	49
4.4 Métodos de Evaluación	
4.4.1 COSO.....	52
4.4.2 COSO II.....	54
4.4.3 MICIL.....	60



4.4.4 CORRE.....	62
4.5 Técnicas de Evaluación del Control Interno	
4.5.1 Narrativas.....	65
4.5.2 Cuestionarios.....	67
4.5.3 Flujogramas.....	69
4.5.4 Matriz Foda.....	72
4.5.5 Diagrama de Causa y efecto.....	73
4.6 Informe Control Interno (Carta a la Gerencia).....	76
4.7 Síntesis del capítulo.....	79

## **CAPITULO V**

### 5. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES ACTUALES ESTABLECIDOS EN ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA.

5.1 Calificación de Riesgos	
5.1.1 Cuestionario para Recursos Humanos.....	82
5.1.2 Cuestionario para Hospitalización.....	85
5.1.3 Cuestionario para Emergencia.....	87
5.1.4 Cuestionario para Consulta Externa.....	89
5.2 Resultados de la Evaluación	
5.1.1 Resultados para Recursos Humanos.....	91
5.1.2 Resultados para Hospitalización.....	97
5.1.3 Resultados para Emergencia.....	101
5.1.4 Resultados para Consulta Externa.....	107
5.3 Matriz de Organización	
5.3.1 Área de Hospitalización.....	112
5.3.2 Área de Emergencia.....	115
5.3.3 Área de Consulta Externa.....	117
5.3.4 Área de Recursos Humanos.....	119

## **CAPITULO VI**

### **6. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO**

#### **6.1 Área de Recursos Humanos**

6.1.1 Descripción de Funciones.....122

6.1.2 Implementación y mejora de controles .....123

6.1.3 Seguimiento continuo.....128

#### **6.2 Área de Hospitalización**

6.2.1 Descripción de Funciones.....129

6.2.2 Implementación y mejora de controles.....129

6.2.3 Seguimiento continuo.....133

#### **6.3 Área de Emergencia**

6.3.1 Descripción de Funciones.....134

6.3.2 Implementación y mejora de controles.....134

6.3.3 Seguimiento continuo.....138

#### **6.4 Área de Consulta Externa**

6.3.1 Descripción de Funciones.....139

6.3.2 Implementación y mejora de controles.....139

6.3.3 Seguimiento continuo.....143

#### **6.5 Informe de Control Interno.....144**

## **CAPITULO VII**

### **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

7.1 Conclusiones.....156

7.2 Recomendaciones.....158

**BIBLIOGRAFÍA.....VI**

**ANEXOS.....VII**

## **INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.1:</b> Integración del capital.....	2
<b>Tabla 2.1:</b> Comportamiento del PIB.....	24
<b>Tabla 2.2:</b> Comportamiento de las Tasas de Inflación.....	25
<b>Tabla 2.3</b> Productos adquiridos por el IME en la 1ra semana de noviembre.....	31
<b>Tabla 2.4:</b> Tarifario del IME actualizado a septiembre del 2006.....	33
<b>Tabla 4.1:</b> Cuadro resumen de los componentes en los diferentes métodos.....	64
<b>Tabla 4.2:</b> Clases De Controles.....	80
<b>Tabla 5.1:</b> Matriz de riesgo del área de Recursos Humanos.....	96
<b>Tabla 5.2:</b> Matriz de riesgo del área de Hospitalización.....	101
<b>Tabla 5.3:</b> Matriz de riesgo del área de Emergencia.....	106
<b>Tabla 5.4:</b> Matriz de riesgo del área de Consulta Externa.....	111

## **INDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro 2.1:</b> Cuadros Clínicos frecuentes de ingreso a Emergencia.....	16
<b>Cuadro 2.2:</b> Demanda de especialidades en Consulta Externa.....	18
<b>Cuadro 2.3:</b> Clientes atendidos al mes en el IME.....	29
<b>Cuadro 2.4:</b> Participación del IME en el mercado.....	32
<b>Cuadro 4.1:</b> Componentes del COSO ERM.....	56

## **BIBLIOGRAFIA:**

- SAMUEL ALBERTO MANTILLA B. Control Interno, Eco Ediciones
- ABRAHAM PERDOMO MORENO, Fundamentos de Control Interno, International Thomson S.A
- GUSTAVO CEPEDA, Auditoria y control Interno, Editorial Mc Grawn Hill
- MANTILLA SAMUEL ALBERTO, Control Interno Estructura Conceptual Integrada, Eco Ediciones, Segunda Edición.
- COOPERS & LYBRAND, Los Nuevos Conceptos del Control Interno (Informe COSO)
- MENDEZ CARLOS EDUCRADO, Diseño y Desarrollo del proceso de Investigación Mc Grawn Hill, tercera edición
- ESTUPIÑÁN GAITAN RODRIGO, Control Interno y Fraudes con Base a los Ciclos Transaccionales, Editorial Lito Perla Impresiones, primera edición
- CATÁCORA, F. (1996). Sistemas y Procedimientos Contables. Primera Edición. Editorial McGraw/Hill.
- FEDERACIÓN COLEGIO DE CONTADORES PÚBLICOS DE VENEZUELA. (1994). Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados. Venezuela.
- HOLMES, A. (1994). AUDITORÍAS PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS. Editorial Limusa. México.
- MEIGS, W. LARSEN, J. (1994). Principios de Auditoría. Segunda Edición. México. Editorial Diana.
- REDONDO, A. (1993). Curso Práctico de Contabilidad General. Décima Edición. Editorial Centro Contable Venezolano. Venezuela.
- POCH, R. (1992). Manual de Control Interno. Editorial Gestión 2000. Segunda Edición. Barcelona España.
- LEONARD, W. (1990). Auditoría Administrativa. Evaluación de métodos y Eficiencia administrativa. México: Editorial Diana.
- PABLO LUCIO PAREDES “Folleto La Dolarización” 2002
- REGLAMENTO INTERNO DEL INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES aprobado el 13 de septiembre del 2006.
- NORMAS ECUATORIANAS DE AUDITORIA NEC.

- NORMAS DE CONTROL INTERNO APLICABLE AL SECTOR PUBLICO, 2004.
- Marco Integrado - CONTROL DE LOS RECURSOS Y LOS RIESGOS ECUADOR – (CORRE), publicado por el Proyecto Anticorrupción “SÍ SE PUEDE”, en el año 2006
- [www.bce.gov.ec](http://www.bce.gov.ec)
- [www.pwc.com](http://www.pwc.com)
- [www.ies.gov.ec](http://www.ies.gov.ec)
- [www.sri.gov.ec](http://www.sri.gov.ec)



# ANEXOS

## ANEXO 1

### **Organigrama Funcional**

*Según el Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades aprobado el 13 de septiembre del 2006:*

#### **Junta General de Socios.**

Es la máxima autoridad y está conformada por la totalidad de los Socios del “Instituto médico de Especialidades”, tendrá a su cargo las siguientes funciones:

- La Junta General de Socios Ordinaria, se reunirá una vez por año, el segundo viernes laborable del mes de marzo de cada año;
- En caso de fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otro problema justificable, no se realice la Junta General de Socios Ordinaria en la fecha señalada, la misma deberá realizarse en el término no mayor de 15 días posteriores;
- La Junta General de Socios Extraordinaria, se reunirá en cualquier fecha y se resolverá solamente un punto específico establecido en la convocatoria.

#### **Junta Médica.**

Será el órgano ejecutor del “Instituto médico de Especialidades”, elegida en forma individual por el lapso de dos años por la Junta General de Socios, sus funciones son:

- Resolver sobre la apertura e nuevos servicios de salud, en calidad de sucursales.
- Solicitar al Presidente y/o al Gerente General para que convoquen a Junta General de Socios de acuerdo con la Constitución de la Sociedad Civil y el Reglamento Interno;
- Administrar los bienes muebles e inmuebles de propiedad del “Instituto médico de Especialidades” y autorizar la constitución de gravámenes reales sobre los mismos;
- Autorizar la apertura de cuentas bancarias y su cierre debiendo dictar las normas para el manejo de las mismas;
- Autorizar la celebración de contratos, convenios y demás obligaciones en que pueda intervenir el Presidente y Gerente General;
- Velar por la buena marcha del “Instituto médico de Especialidades” y procura del cumplimiento de las actividades programadas, de igual manera solicitará los



informes que creen convenientes al Gerente General, funcionarios o empleados de la Sociedad Civil;

- Expedir el Reglamento Interno del “Instituto médico de Especialidades” con el fin de normar los procedimientos administrativos, técnicos y médicos;
- Proponer reformas del Reglamento Interno, en la perspectiva de lograr mayor funcionabilidad en los diferentes estamentos;
- Proponer el plan anual de actividades y aprobar el presupuesto anual de operaciones e inversiones.

### **Presidente.**

Los Socios Fundadores, reunidos legalmente en Junta General nombraron al Presidente del Instituto médico de Especialidades con las siguientes funciones:

- Convocar a Junta General;
- Formular y dirigir la orientación financiera de la Sociedad Civil;
- Poner en conocimiento de la Junta General de Socios y la Junta Médica Directiva, los asuntos que fueren de sus respectivas competencias;
- Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Junta General;
- Asumir las funciones ejecutivas del Gerente, en caso de ausencia y renuncia de éste;
- Presidir las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Junta General de Socios y de la Junta médica Directiva;
- Ejecutar las resoluciones de la Junta General de Socios y la Junta Médica Directiva.

### **Gerente General.**

Los Socios Fundadores, reunidos legalmente en Junta General nombraron al gerente general del Instituto médico de Especialidades con las siguientes funciones:

- Ejercer la representación legal de la Sociedad Civil y suscribir las comunicaciones que dirija a nombre del “Instituto médico de Especialidades”;
- Firmar en conjunto con el Presidente, todas las transacciones financieras y económicas del “Instituto médico de Especialidades”;
- Nombrar y remover a sus empleados y trabajadores, así como, regular sus remuneraciones, previo al visto bueno de la Junta Médica Directiva;
- Preparar la pro forma del presupuesto anual de la Sociedad Civil;

- Manejar las cuentas bancarias de acuerdo a las normas que para el efecto dicte la Junta Médica Directiva;
- Celebrar toda clase de contratos, convenios y demás obligaciones de la Institución de conformidad con el Reglamento Interno;
- Presentar toda facilidad para que las comisiones examinen y analicen la situación económica de la Sociedad Civil;
- Llevar y mantener los registros contables y las cuentas debidamente actualizados;
- Actuar como secretario en las reuniones de la Junta General de Socios y de la Junta Médica Directiva y suscribir las actas respectivas.

### **Recursos Humanos.**

La Junta Médica Directiva nombrará al responsable de Recursos Humanos quien tendrá como funciones:

- Diseñar estrategias de selección para el ingreso de nuevos trabajadores al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Controlar la asistencia diaria del personal administrativo y e trabajadores;
- Informar a la Gerencia General diariamente las novedades detectadas en la asistencia del personal;
- Elaborar un plan de inducción del nuevo personal al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Elaborar un plan de capacitación permanente para todo el personal administrativo y de trabajadores;
- Llevar el archivo de expedientes de todo el personal actualizado, en donde reposarán los documentos personales, preparación académica y hoja de vida;
- Detectar las necesidades del nuevo personal y poner en conocimiento de la Junta Médica Directiva y el gerente General de la Sociedad Civil constituida en el “Instituto Médico de Especialidades”;
- Autorizar permisos de horas de trabajo debidamente justificados, de conformidad con lo que establece el Código de Trabajo;
- Elaborar el cuadro de turnos mensual de todo el personal de servicios; y,
- Autorizar el cambio de turnos del personal de servicio, previa designación del reemplazo respectivo.

### **Servicios Generales.**

Creado para complementar las actividades del “Instituto Médico de Especialidades” en lo que a imagen, limpieza y seguridad se refiere, con las siguientes funciones:

- Realizar diariamente las veces que sean necesarias, la limpieza de los diferentes servicios de salud del “Instituto Médico de Especialidades”, incluido puertas, ventanas, pisos, baños, entre otros;
- Colaborar en el traslado de camillas de pacientes;
- Brindar seguridad en las actividades que se realizan en la institución.

### **Lencería y Costura.**

El servicio de ropería y costura, se encargará de proporcionar ropa limpia para los pacientes hospitalizados y a los profesionales especializados en las mejores condiciones de higiene y presentación, además cumplirá con las siguientes funciones:

- Clasificar la ropa usada y contaminada de acuerdo al servicio;
- Planchar y clasificar por tipos de ropa;
- Proporcionar ropa limpia a los servicios;
- Mantener un sistema de almacenamiento adecuado de lencería de fácil identificación;
- Mantener el inventario de existencias de lencería actualizado;
- Programar las necesidades de adquisición de lencería para la toma de decisiones a cargo de la Junta Médica Directiva;
- Llevar un kárdex actualizado de ingresos y egresos de lencería.

### **Consejería.**

Las funciones asignadas son las de:

- Precautelar las instalaciones del “Instituto Médico de Especialidades”
- Colaborar con las actividades de mensajería necesarias en la institución, como la entrega de comunicaciones, trámites bancarios, entre otros;
- Llevar y traer las comunicaciones internas entre servicios del “Instituto Médico de Especialidades”

### **Guardianía.**

Creado por la necesidad de brindar la seguridad de los profesionales, funcionarios, trabajadores, pacientes y familiares dentro del “Instituto Médico de Especialidades” y cumplirá las siguientes funciones:

- Vigilar la infraestructura del “Instituto Médico de Especialidades”, bienes muebles e inmuebles;
- Realizar un control e identificación de usuarios de los servicios del “Instituto Médico de Especialidades”;
- Prohibir la salida de equipos médicos, instrumental o material quirúrgico sin que exista la autorización por escrito, e la Gerencia General;
- Prohibir el ingreso de vendedores ambulantes, personas en estado de embriaguez, animales y niños a los servicios de salud del “Instituto Médico de Especialidades”.

### **Administrativo Financiero.**

Destinado a proporcionar información de la situación financiera y del rendimiento en términos monetarios de los recursos del “Instituto Médico de Especialidades”, sus funciones son:

- Tener información financiera oportuna con un sistema contable eficiente para la toma de decisiones del Nivel Directivo.
- Flujo de Información Vertical
- Mejorar los procesos para optimizar recursos;
- Determinar programas de inversión y financiamiento;
- Mantener índices adecuados de liquidez, solvencia y endeudamiento para maximizar la rentabilidad y retorno de la inversión.
- Organizar el área financiera, contable

### **Contabilidad.**

Creado con la finalidad de mantener orden en las actividades económicas del “Instituto Médico de Especialidades” Sus funciones son:

- Elaborar presupuestos
- Elaborar flujos de caja
- Asignar recursos
- Registrar información contable

- Realizar el análisis financiero
- Elaborar los estados financieros
- Diseñar y aplicar de procesos financieros y contables
- Manejar datos contables
- Elaborar informes de evaluación y resultados del área financiera contable

### **Recaudación.**

Complementa las actividades de Contabilidad, centrándose en la recaudación del dinero que se maneja en las diferentes áreas, sus funciones son:

- Manejar cartera de clientes
- Controlar cartera de clientes
- Controlar cartera a proveedores

### **Director Médico.**

El profesional designado por la Junta Médica Directiva para ocupar esta dignidad, obligatoriamente será elegido entre los socios y durará en sus funciones dos años, las funciones a su cargo son:

- Coordinar todas las actividades del personal médico, ante la Junta Médica Directiva;
- Cumplir y hacer cumplir los objetivos, normas, Reglamento Interno y políticas del “Instituto Médico de Especialidades”, a todo el personal médico de hospitalización, emergencia y consulta externa;
- Informar periódicamente a la Junta Médica Directiva del “Instituto Médico de Especialidades”, sobre el desempeño profesional, ético, clínico y de responsabilidad del personal médico asignado;
- Presidir el Comité de Investigación de casos y capacitación del personal médico;
- Tomar los correctivos adecuados para asegurar una conducta profesional, ética y decorosa del personal médico;
- Proponer a la Gerencia General la implementación de acciones de cambio en el campo médico y administrativo;
- En caso de ser necesario se encuentra autorizado a intervenir ante los medios de comunicación como vocero oficial, sobre temas de salud y atenciones de pacientes de emergencia;

- Realizará la programación de turnos de los médicos, en el servicio de hospitalización y emergencia.

### **Hospitalización**

Las funciones son:

- Pasar visita médica diariamente a los pacientes hospitalizados;
- Registrar todas las novedades en la Historia Clínica del paciente;
- Transferir y dar de alta a los pacientes hospitalizados;
- Disponer la realización de exámenes de laboratorio y complementarios para un mejor diagnóstico;
- Disponer inter consultas necesarias de especialización

### **Emergencia**

Las funciones que se realizan son:

- Prestar atención de salud emergente al usuario que intempestivamente se ve afectado a su salud.
- Brindar servicio de visita médica, valoración, diagnóstico y tratamiento de la afección.
- Una vez que se obtiene el diagnóstico se referirá al paciente al servicio de especialidad correspondiente.

### **Consulta Externa**

Las actividades que se realizan son:

- Se atiende al paciente ambulatorio para controlar su salud.
- Valorar al paciente por médico adecuado según su especialidad y afección.
- Realizar los exámenes necesarios para emitir un diagnóstico y tratamiento.

## CAPITULO I

### 1. ASPECTOS GENERALES

#### 1.1 Antecedentes

##### 1.1.1 Base Legal de la Empresa

El Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No. 12005, publicado en el Registro Oficial No. 882, de 26 de julio de 1979, emitió el Reglamento de Servicios de Salud Privados, en donde consta la normativa para la implementación del Reglamento Interno de funcionamiento de los Institutos Médicos.

*“Según Escritura de Constitución aprobada el 9 de noviembre del 1987:”*

La Escritura de Constitución fue legalmente aprobada mediante sentencia del Juez Primero de lo Civil de Ibarra, dictada el 9 de noviembre de 1987 e inscrita en el Registro Mercantil del Cantón el 26 de noviembre de 1987 y regulado por las normas establecidas en el Código Civil Ecuatoriano.

**OBJETO SOCIAL.** Brindar atención médica especializada en todas sus especialidades de diagnóstico y servicios afines.

**DOMICILIO:** El domicilio legal del “Instituto Médico de Especialidades”, es la ciudad de Ibarra, en la calle Jacinto Egas 1-83 y Av. Teodoro Gómez de la Torre y sus siglas es “IME”.

**DURACIÓN:** El plazo de duración de la Sociedad Civil, será el de veinte años, a partir de la fecha de inscripción en el Registro Mercantil, plazo que podrá ser ampliado o restringido, si así lo resuelve la Junta General o la mayoría de los socios.

**CAPITAL SOCIAL:** El capital social, de la Sociedad Civil, es de DIEZ MILLONES CUATRO MIL SUCRES, dividido en diez mil cuatro participaciones de un mil sucres

cada una, el capital se encuentra íntegramente suscrito y pagado en la forma y proporción determinadas en la Escritura.

**TABLA 1.1 INTEGRACIÓN DEL CAPITAL:**

<b>SOCIO</b>	<b>CAPITAL SUSCRITO</b>	<b>CAPITAL PAGADO</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPACIÓN</b>
Gilberto Defina Guzmán	700.000,00	700.000,00	700
Silvia Betancourt Estrella	700.000,00	700.000,00	700
Daniel León Pardo	700.000,00	700.000,00	700
José Vergara Salas	700.000,00	700.000,00	700
Carlos Coronel Almeida	700.000,00	700.000,00	700
Marcelo Gómez García	700.000,00	700.000,00	700
Jorge Grijalva Arroyo	700.000,00	700.000,00	700
Roberto Muñoz Andrade	700.000,00	700.000,00	700
Hernán González Rodríguez	700.000,00	700.000,00	700
Carlos Nájera	700.000,00	700.000,00	700
Hugo Román Pérez	700.000,00	700.000,00	700
Eduardo Naranjo	700.000,00	700.000,00	700
Eduardo Jurado	700.000,00	700.000,00	700
Patricio Aguinaga	700.000,00	700.000,00	700
Susana Gómez	68.000,00	68.000,00	68
Dalinda García	68.000,00	68.000,00	68
Mónica Ortiz	68.000,00	68.000,00	68

**Fuente: Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades**

Los socios que suscriben y no cancelan esta obligación hasta la fecha, que la Junta General decida como tope máximo, deberán hacerlo con los intereses legales.



**CERTIFICADOS DE APORTACIÓN:** Los socios recibirán por sus aportaciones certificados de aportación suscritos por el Presidente y el Gerente de la Sociedad Civil, los certificados serán numerados del 00001 al 10.004, y tendrán carácter de no negociables.

**CESIÓN DE LAS APORTACIONES:** Para que un socio ceda sus aportaciones será necesario el consentimiento de por lo menos las tres cuartas partes que representen al capital social. La cesión se operará mediante la inscripción de la nota correspondiente, en los libros de la Sociedad Civil debidamente autorizada por las firmas del cedente, el cesionario y del Presidente de la Junta General y del Gerente.

**AUMENTO DE CAPITAL:** El capital de la Sociedad Civil, será aumentado previa resolución de la Junta General, mediante nuevas aportaciones o por la capitalización de las reservas.

**NUEVOS SOCIOS:** La Junta General podrá admitir a nuevos socios con el voto de las tres cuartas partes correspondientes al capital social.

**ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL:** La Administración estará organizada por las siguientes funciones:

- Junta General
- Presidente
- Gerente

**DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN:** Son causas de la disolución de la Sociedad Civil, las que determina la Ley de la materia y por las que determine expresamente el contrato social y a falta de disposición expresas se aplicarán las normas generales de la Ley de la materia ya establecidas. Para la liquidación de la sociedad se nombrará los liquidadores y se inscribirán en el Registro Mercantil, el socio o los socios que representen, por lo menos el diez por ciento del capital social, podrán oponerse a tal designación y suscitar que se nombren otros liquidadores.

***“Según el Registro Único de Contribuyentes, al 09 de noviembre de 2006:”***

El Instituto Médico de Especialidades cumpliendo con las obligaciones tributarias consta en el Servicio de Rentas Internas con los siguientes datos:

Número de Registro Único de Contribuyentes: 1091704281001

Razón Social: Consultorio Radiológico – Instituto Médico de Especialidades

Fecha de Inscripción: 27 – Julio – 2000

Capital Suscrito: 11.274,00 Dólares

Valor Patrimonio: 60.689,60 Dólares

Número de Registro Mercantil: 125

Representante Legal: Guerrero Sáenz Germán Alejandro con C.C. 1702869668

Contador: Bolaños Narváez Catherine Alejandra con C.C. 1002239976

Obligaciones Tributarias:

- Declaración del Impuesto a la Renta.
- Declaración mensual del IVA
- Retenciones en la Fuente.

**Normatividad Interna.**

El Instituto Médico de Especialidades se rige internamente por:

- Reglamento Interno: En uso de las atribuciones legales concedidas en la Escritura de Constitución se resolvió expedir el Reglamento Interno de funcionamiento del Instituto Médico de Especialidades aprobado el 13 de septiembre del 2006.

Normatividad externa:

- Código de la Salud
- Ley de Régimen Tributario y su reglamento
- Código de Trabajo
- Ley de Transparencia Médica

**1.1.2 Objetivos de la Empresa.**

***Según el Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades aprobado el 13 de septiembre del 2006:***

- Prestar servicios de salud privados de calidad en hospitalización, emergencia y consulta externa a los pacientes que concurran al “Instituto Médico de Especialidades”.
- Lograr la mayor eficiencia de sus profesionales especializados en las diferentes ramas de la salud, en base a un análisis y evaluación permanente del desempeño clínico y ético del cuerpo médico del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Propiciar una preparación académica permanente de sus médicos especialistas, como base del progreso y adelanto del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Promocionar permanentemente reuniones médicas, en las que se discutirán temas de salud de interés mutuo de los profesionales, a fin de contar con herramientas válidas para la toma de decisiones por parte de los directivos del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Diseñar programas sociales de promoción de los servicios de salud hacia la comunidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud y vida de los usuarios.
- Promocionar mecanismos e incentivos en los costos de los servicios de salud, sobre la base de la realidad local, en procura de alcanzar mayor cobertura de pacientes.
- Contar oportunamente con todos los permisos sanitarios de funcionamiento, y al mismo tiempo estar al día en el pago de impuestos al SRI por los servicios prestados, y,
- Cumplir oportunamente con todos los objetivos que se plantee desde la Junta General de Socios.

## 1.2 LA EMPRESA

### 1.2.1 Reseña Histórica

## HISTORIA DEL IME

En 1985 , con la llegada de varios médicos especialistas a la ciudad y con algunos ya radicados en Ibarra, comienza a forjarse el sueño de formar una casa de salud privada en donde se de una atención de especialidad integrada con servicios auxiliares de diagnóstico acordados para el momento, que permitieran una práctica profesional de acuerdo a la preparación obtenida por los diferentes profesionales, y que para ese entonces la ciudadanía imbabureña y su área de influencia lo requerían.

En un diagnóstico sucinto de las condiciones en las que se encontraba el servicio de salud en Imbabura y su área de influencia para entonces, prestada por Profesionales Salubristas se encontró que tanto a nivel asistencial como privado era precario, ya que en centros de salud, hospitales estatales o asistenciales no estaban cubiertos por profesionales especialistas, tampoco se contaba con infraestructura y peor con el equipamiento acorde a las necesidades y tecnología de entonces.

Los servicios auxiliares de diagnóstico como Rayos X, ecografía, laparoscopia, laboratorio clínico e histopatológico o citológico, eran completamente rudimentarios, o inexistentes lo que hacía imposible brindar un buen servicio de salud.

La situación económica en Imbabura, como en todo el país estaba mal distribuida, ya que solo el 25 por ciento de la población tenía la capacidad de acceder a un servicio pagado de salud, la mayoría de la población económicamente activa eran empleados públicos, trabajaban en los Gobiernos Seccionales, Jefaturas Provinciales y especialmente en el Magisterio, la empresa privada era muy precaria, y más bien se estaba desarrollando en otras ciudades de la provincia como Otavalo, Atuntaqui, San Antonio de Ibarra y la Provincia del Carchi, otro grupo de población económicamente activa se dedicaba a la agricultura y se había estado dando cierto realce al turismo por la riqueza natural de la zona y su clima, la banca privada empezaba a crecer en nuestra región y se constituía en fuente de trabajo y permitía aun que costos altos impulsar proyectos importantes en lo que tiene que ver con la empresa privada.

La pobre infraestructura y pocos recursos humanos (médicos y paramédicos) que habían llegado formados, encontraban un escenario que no ofrecía un promisorio desarrollo profesional y por ello una buena parte de ellos se quedaban poco tiempo dando como consecuencia tener una muy pobre oferta de profesionales eficientes y sobre todo especialistas, de manera que la población capaz de acceder a una prestación privada acudía a los servicios de salud de la ciudad de Quito, debido a su cercanía, a su prestigio y al fácil acceso.

En estas condiciones económicas-sociales, la factibilidad de invertir en servicios de salud no se presentaba atractiva, pues debía sumarse al permanente peligro del deterioro de la

actualización médica y por ende al desprestigio, pero los profesionales de esa generación debíamos asumir el reto, y tener presente estas circunstancias para darle soluciones eficientes. Por ello el nombre de Instituto Médico, que nos recuerda permanente la necesidad de preparación y actualización.

Con estos antecedentes los galenos: Dr. Jorge Almeida Nieto, Dra. Silvia Betancourt Estrella Dr. Carlos Coronel Almeida, Dr. Gilberto Defina Guzmán, Dr. Marcelo Gómez García, Dr. Jorge Grijalva Arroyo, Dr. Hernán González Rodríguez, Dr. Daniel León Pardo, Dr. Eduardo Jurado Crespo, Dr. José A. Vergara Salas, poco tiempo más tarde ante la decisión del Dr. Jorge Almeida Nieto de trabajar en Quito se sumó el Dr. Roberto Muñoz Andrade, a poco lapso se une a nuestros propósitos el Dr. Hugo Román Pérez decidieron emprender la tarea de formar el Instituto Médico de Especialidades con una adecuada planificación, con una inversión sustentable, pero estructurando una empresa que ofreciera una atención integral, con servicios auxiliares de diagnóstico acordes al tiempo que permitan realizar una práctica médica eficiente y ser merecedores de la confianza de los usuarios.

Se abrió el servicio de Rayos X y ecografía en Agosto 1985 en la Calle Sucre se abre primeramente la consulta externa, en la que por primera vez en Ibarra se unían 8 profesionales de la medicina de diferentes especialidades, en ese tiempo contábamos también con el concurso del Dr. Eduardo Proaño Paredes odontólogo y del Dr. Eduardo Naranjo Yerovi. Como médicos adscritos nos acompañaron los Drs. D Miguel Sánchez Cobo, Bolívar Alvarado, Carlos Nájera, Oswaldo Rocha, Mónica Pérez, Edgar Benavides, y Guillermo Falconí lo que incrementó nuestra oferta de especialidades clínicas, clínico quirúrgicas, pediátricas, ginecológicas obstetricias, traumatológicas, urológicas, otorrinolaringologías, oftalmológicas, y terapia física rehabilitación, odontología, neurología, neurocirugía, cirugía vascular y angiología, endoscopia, anestesiología y terapia del dolor. Se contó con dos enfermeras Lcdas: Mónica Ortiz y Dalinda García, requiriendo el concurso posteriormente de la Lcda. Susana Gómez.

Un paso importante fue la de estructurarnos jurídicamente en 1987 con la creación de una Sociedad Civil que al momento se consideró era lo más indicado con 14 socios médicos y tres enfermeras se inscribió en El Registro de la Propiedad La Compañía Civil “MED IBARRA”.

Simultáneamente se creó el área de hospitalización con 3 habitaciones individuales, dos dobles y una múltiple, quirófano, sala de partos, neonatología, emergencia, esterilización y curaciones, a más de estación de enfermería, cocina lencería, y área administrativa.

Dando un paso más para mejorar el servicio se adquirió una ambulancia que facilitó muchas actividades emergentes y especialmente de transporte.

Se crea ante el advenimiento de nuevos galenos la consulta externa 2 y posteriormente sería necesario una tercera. Todas en la Calle Sucre y junto al edificio principal del Instituto. El desarrollo de la institución hace que la mayoría de los médicos especialistas nuevos que seguían llegando a Ibarra o Imbabura opten por pertenecer a esta casa de salud.

El grado de ocupación de la clínica habiendo formado personal paramédico, y con el aporte de enfermeras tituladas y la gran mayoría de profesionales médicos se hizo imprescindible

la construcción de las áreas de hospitalización y consulta externa, por lo que en 1991 se adquiere los terrenos en la Ciudadela Municipal, haciendo la planificación de hospitalización en primer término, y consulta externa se haría posteriormente, este hecho y la amenaza permanente de no renovación del arrendamiento del edificio de la calle Sucre significó los motivos para que algunos compañeros optaran por no seguir en el proyecto y otros en una parte de él.

Por esto en 1992 se inicia la construcción de la clínica, hecho que culmina después de muchos inconvenientes especialmente económico en 1995, el edificio de hospitalización que fue creado para este efecto y con la inclusión de una farmacia propia del IME, área de Imágenes, administración, servicios, parqueadero, 3 quirófanos, neonatología, sala de partos, recuperación, y 14 camas individuales, hacía realidad un sueño tener casa propia.

Casi al mismo tiempo, se trasladó la consulta externa, a la Teodoro Gómez y Padre Jacinto Egas esquina a un edificio nuevo y refaccionado para el efecto con 2 pisos, en que cada uno tenía 8 consultorios y que se encontraba a pocos pasos de nuestra hospitalización, haciendo que esta prestación sea todavía más eficiente.

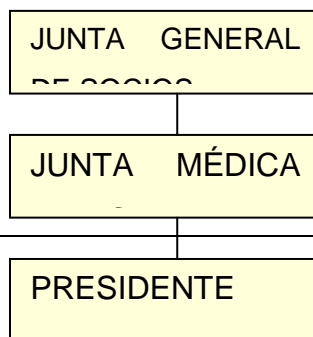
Durante algunos años se laboró con un gerente que tenía que afrontar muchas responsabilidades como recursos humanos, compra de medicamentos e insumos en especial para el área de quirófanos, los pacientes hospitalizados tenían la necesidad de comprar en farmacias de la vecindad, pero siempre teníamos dificultades en los horarios nocturnos, se mantuvieron convenios con otras farmacias y con distribuidores de medicamentos de la localidad para intentar un adecuado servicio, pero surgieron problemas en el abastecimiento.

En el 2003 se completa el departamento de imágenes con un moderno densito metro, mamógrafo y equipo panorámico dental. En consulta externa se han aumentado especialidades como oncología, dietética y dentro del servicio de odontología se pone al servicio en Ibarra del primer equipo láser, modernizando diversificando las especialidades, como ortodoncia, endodoncia y cirugía maxilofacial, además de ofrecernos una cómoda y comfortable clínica dental.

## 1.2.2 Organigramas.

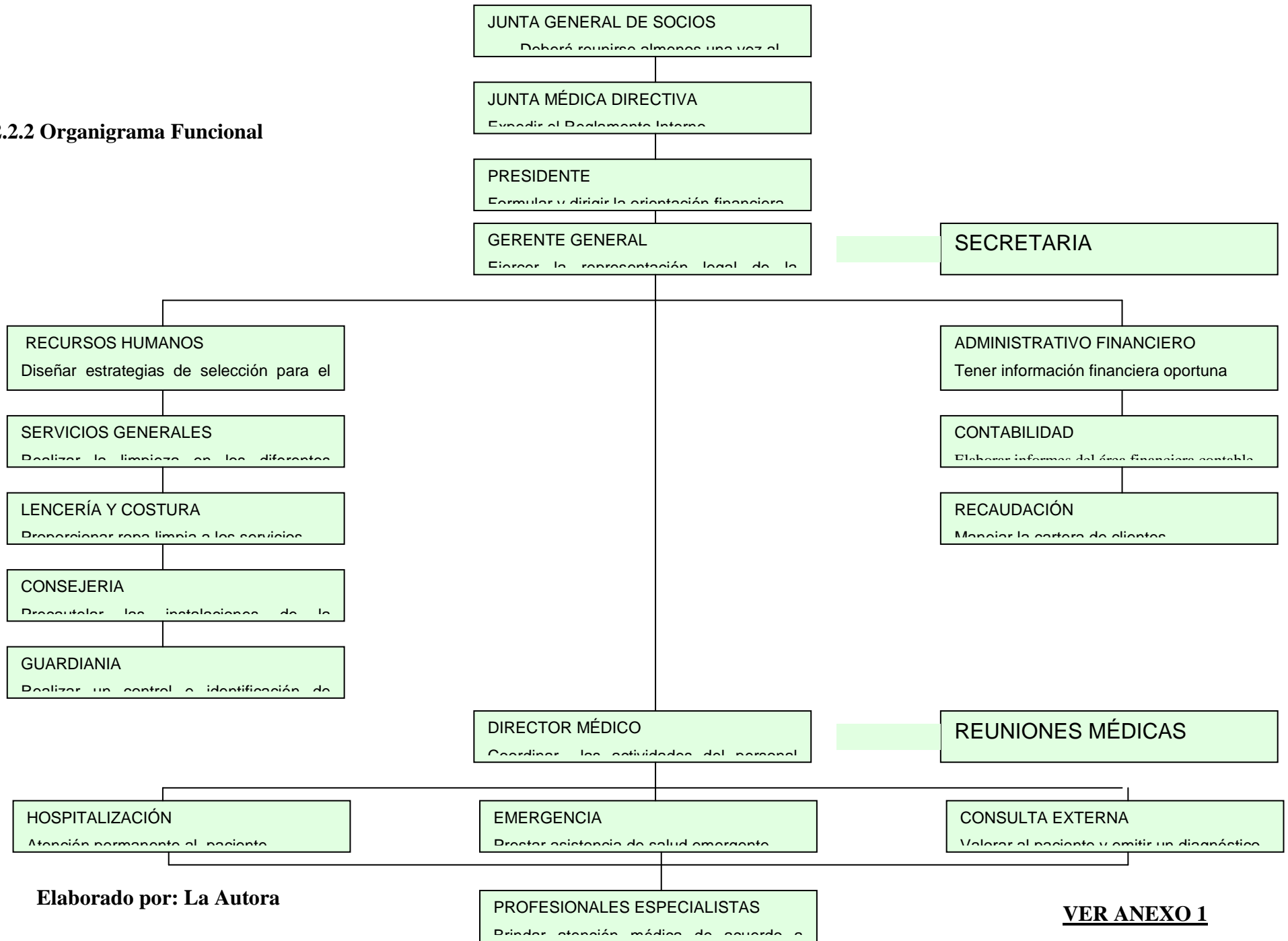
### 1.2.2.1 Organigrama Estructural

#### ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL “INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES”





### 1.2.2.2 Organigrama Funcional

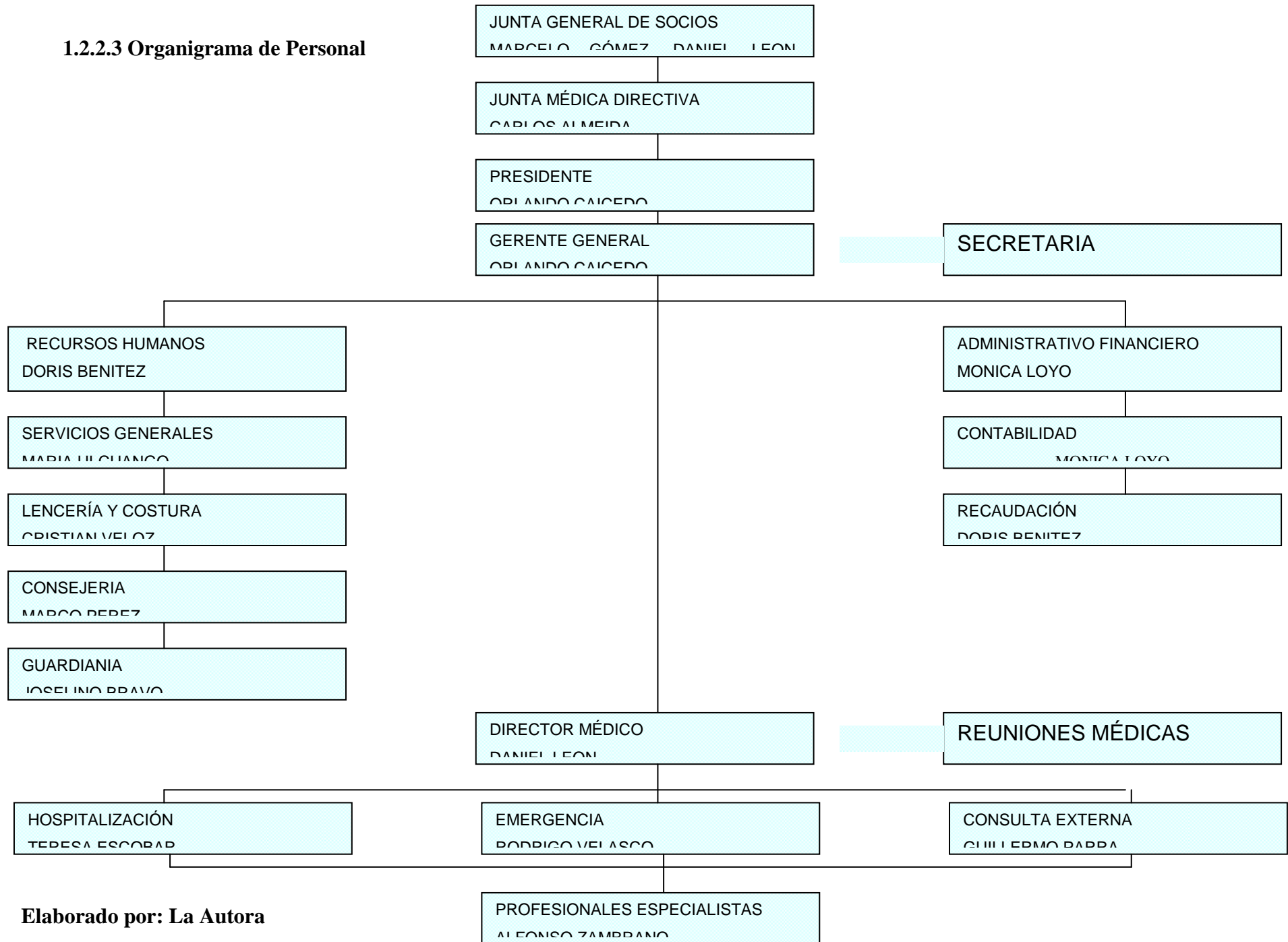


Elaborado por: La Autora

**VER ANEXO 1**

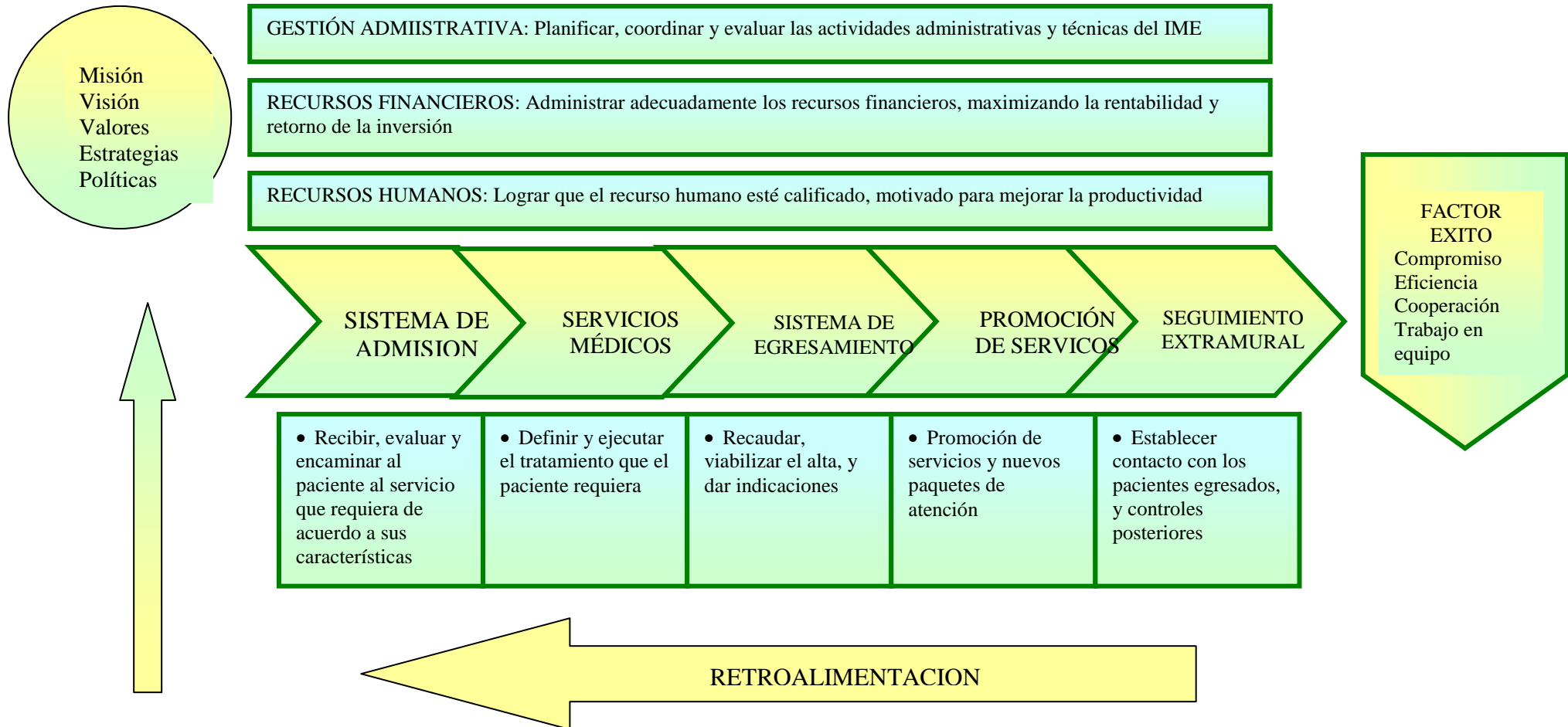


### 1.2.2.3 Organigrama de Personal



Elaborado por: La Autora

### 1.2.2.4 Organigrama por Procesos



Elaborado por: La Autora

## **CAPITULO II**

### **2 ANÁLISIS SITUACIONAL**

#### **2.1 ANÁLISIS INTERNO**

##### **2.1.1 Área de Recursos Humanos**

El área de Recursos humanos está ubicada en una oficina en el primer piso del edificio, manejado por una sola persona quien se encarga de distribuir las diferentes actividades que deben realizarse en cuanto al manejo del personal que labora en el Instituto Médico de Especialidades, en la actualidad las actividades que realiza son:

- Diseñar estrategias de selección para el ingreso de nuevos trabajadores al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Controlar la asistencia diaria del personal administrativo y de trabajadores;
- Dirección del proceso de inducción del nuevo personal al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Ejecución de los planes de capacitación permanente para todo el personal administrativo y de trabajadores;
- Llevar el archivo de expedientes de todo el personal actualizado,
- Autorizar permisos de horas de trabajo debidamente justificados, de conformidad con lo que establece el Código de Trabajo;
- Elaborar el cuadro de turnos mensual de todo el personal de servicios; y,
- Autorizar el cambio de turnos del personal de servicio, previa designación del reemplazo respectivo.

Cuenta con un computador en donde se lleva toda la información referente al personal del IME, un escritorio, silla giratoria y archivadores en los cuales se llevan los expedientes.

##### **2.1.2 Hospitalización**

El área de hospitalización del Instituto Médico de Especialidades, dispone un total de 21 camas distribuidas en dos pisos: PB, H1. Atiende a pacientes en las diferentes especialidades médicas.

En hospitalización PB, se ingresan preferentemente pacientes de terapia intensiva.

Hospitalización H1, atiende a pacientes quirúrgicos, pacientes de Medicina Interna y Chequeos Ejecutivos.

El número de pacientes que se reciben en hospitalización al mes es de un promedio de 100.

Dispone de habitaciones dotadas con baño privado, televisión con TV Cable y Teléfonos. Los tipos de habitaciones son:

- Suites
- Habitaciones Individuales pequeñas
- Habitaciones individuales grandes

Se realizan las siguientes actividades:

- Revisar visitas médicas diariamente a los pacientes hospitalizados;
- Registrar todas las novedades en la Historia Clínica del paciente;
- Transferir y dar de alta a los pacientes hospitalizados;
- Disponer la realización de exámenes de laboratorio y complementarios para un mejor diagnóstico;
- Disponer inter consultas necesarias de especialización
- Atención Profesional las 24 horas del día y los 365 días del año
- Servicios de apoyo diagnóstico dentro de un mismo centro que favorecen su pronta recuperación y disminución de sus días de estadía.
- Control estricto de infecciones Intrahospitalarias.
- Cama de acompañante.
- En el caso de obstetricia, ofrece el sistema de alojamiento conjunto.

### 2.1.3 Emergencia

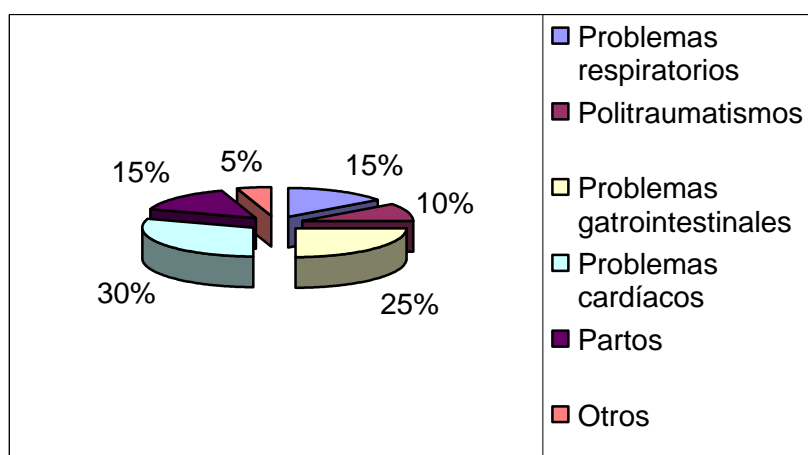
La Unidad de Emergencia del Instituto Médico de Especialidades brinda atención las 24 horas del día durante los 365 días del año, a población adulta y pediátrica, con diferentes niveles de gravedad, incluyendo la atención a pacientes críticos, politraumatizados, quemados, con convulsiones, entre otros.

Dispone de 2 cubículos de atención, 1 sala para pacientes críticos, 2 salas para exámenes, 1 quirófano para cirugías menores.

Los procesos de atención se realizan en todas las especialidades y sub especialidades de la medicina.

Se atienden un promedio de 200 emergencias al mes, los casos principales son: problemas respiratorios, politraumatismos, problemas gastrointestinales, diabéticos, partos, entre otros.

**CUADRO 2.1: CUADROS CLINICOS FRECUENTES DE INGRESO A EMERGENCIA**



**Elaborado por: La Autora**

Las actividades y servicios que se realizan son:

- Prestar atención de salud emergente al usuario que intempestivamente se ve afectado a su salud.
- Brindar servicio de visita médica, valoración, diagnóstico y tratamiento de la afección.
- Una vez que se obtiene el diagnóstico se referirá al paciente al servicio de especialidad correspondiente.
- Cobertura permanente de médicos y enfermeras las 24 horas del día
- Fácil acceso a las áreas de transferencia, ejemplo: quirófanos, obstetricia, terapia intensiva
- Soporte de 24 horas para la realización de todos los exámenes de diagnóstico.

**UBICACION:** Planta Baja, entrada por el lado Este del edificio.

#### **2.1.4 Consulta Externa**

La consulta externa es el departamento en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al IME. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento.

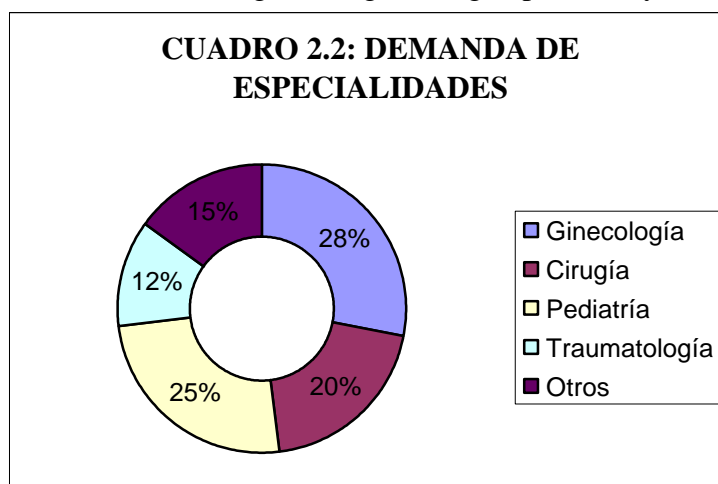
Consulta Externa da seguimiento a pacientes ambulatorios que requieren de revisiones periódicas, pacientes que están en lista de espera para cirugía, o en posquirúrgico de otro tipo de tratamiento.

Este servicio se localiza en el edificio principal del Instituto y cuenta con 25 consultorios, el área de consultas de especialidades o interconsultas, está formada por los servicios de: Neurología, Ginecología, Obstetricia, Cirugía Vascular, Cirugía Pediátrica, Psicología, Urología, Medicina Interna, dermatología, Cirugía plástica, Otorrinolaringología, Cardiología, Traumatología, Medicina general, Cirugía General.

Consulta Externa proporciona alrededor de 162 consultas diarias en diversas áreas, con un óptimo control y eficiencia, gracias a sus equipos médicos con tecnología de punta, con el que se lleva el control del servicio.

Uno de los objetivos centrales del Instituto es la formación de personal médico tanto a nivel teórico como práctico. Los objetivos que rigen este diseño están encaminados a brindar mejor atención al enfermo ya que con los antecedentes y el conocimiento del caso, la atención se vuelve más personalizada.

Las consultas más demandadas son: ginecología, cirugía, pediatría y traumatología.



**Elaborado por: La Autora**

## 2.2 ANÁLISIS EXTERNO

### 2.2.1 Influencias Macroeconómicas

#### 2.2.1.1 Factor Político

La crisis política actual nació por las medidas adoptadas por el Congreso Nacional entre noviembre y diciembre del año 2005, que reorganizaron la Corte Suprema de Justicia, el Tribunal Supremo Electoral y el Tribunal Constitucional, todas estas medidas responden al descontento generalizado del país como respuesta a la manipulación de poderes del estado, cuyo Presidente dictó providencias en los juicios que pesaban sobre los ex presidentes, generando así un rechazo generalizado de la sociedad y de los principales actores de la economía.

Más allá de que las medidas adoptadas estaban amparadas por las normas legales, la reorganización de la Corte Suprema de Justicia, del Tribunal Constitucional y Tribunal Supremo Electoral, significaba un duro golpe político hacia nuestro país, en forma ilegal,

lograron el control de instituciones, haciéndolas centros de corrupción y fraude, en donde los informes y resoluciones se definían a favor de quien apoyaba.

Los hechos sucedidos a pesar de resultar necesarios, no solamente que estancan sino que hacen retroceder al país, al Estado en general y principalmente a su institucionalidad, debido a la fragilidad que se refleja en la inestabilidad política por cuanto en diez años, el Ecuador no ha tenido un presidente que elegido en forma democrática haya concluido su mandato.

En lo referente al tema de salud, Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal, coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

En la estructura del sector salud en Ecuador, existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Catalán de Salud, ONG, entre otros, que actúan independientemente solapándose en ocasiones sus actuaciones.

Por más de 10 años, desde el 1995, se ha venido desarrollando en el Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:



- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Este retroceso y la conformación de un nuevo Gobierno, el séptimo en los últimos 20 años de vida democrática, deja al país sin un sistema judicial, con la necesidad de seguir adelante bajo esquemas no planificados de administración del Estado, con una imagen fuertemente deteriorada a nivel internacional que afecta la inversión local y extranjera, siendo una amenaza para el Instituto Médico de Especialidades, porque no está claro el rumbo que tomará el nuevo Gobierno respecto a temas de trascendencia como el manejo económico, de competitividad y apertura de mercados que de una u otra manera constituirían algunos de los elementos rescatables del anterior.

Las expectativas que se mantienen en base a las elecciones del 26 de noviembre, día en el que se elegirá un nuevo presidente ha ocasionado que la tensión política incrementada debido a diferencia de criterios y de planes de trabajo de los dos candidatos, todos estos escenarios han proyectado una imagen negativa a nivel internacional, ocasionando así retraso en las negociaciones de interés para nuestro país.

### **2.2.1.2 Factor Económico**

Debido a la inestabilidad económica y política existente en la actualidad, el Estado por medio del Sistema Nacional de Salud define el nuevo modelo de atención, la organización de las instituciones para garantizar cobertura universal en salud, la forma de gestión de recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos para la ejecución del Plan Integral de Prestaciones en Salud, la participación ciudadana para la fiscalización y veeduría social en la entrega de los servicios de salud y la promoción de la salud, y facilitar

el proceso de descentralización de la gestión pública sin el riesgo de la fragmentación del modelo de atención y de gestión en salud.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, <sup>1</sup>los médicos de Asociación Panamericana de la Salud están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 USD/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

<sup>2</sup>El gasto en salud total per capita en dólares internacionales (2004) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per capita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

La cobertura de la [seguridad social](#) es relativamente baja <sup>3</sup>(IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de lucha contra el cáncer (SOLCA), La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud).

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública

<sup>2</sup> Banco Central del Ecuador

<sup>3</sup> [www.iess.gov.ec](http://www.iess.gov.ec)

Por medio de las siguientes variables podemos tener una idea acerca de la situación económica por la que actualmente el Ecuador está atravesando; de igual forma ayudan determinar costos del negocio.

### **Dolarización**

Es preciso analizar el impacto que se tuvo con la dolarización en nuestro país, régimen adoptado a inicios del año 2000 que básicamente consistió en la adopción como moneda oficial del Ecuador del dólar de los Estados Unidos.

Los incrementos desmesurados en un mismo día en el precio del dólar, el congelamiento de los depósitos, la fuga de capitales al exterior, la desconfianza en la administración, fueron los causantes de que el domingo 9 de enero del 2000, el presidente anunciara su decisión de dolarizar la economía ecuatoriana después de anclar el precio de la divisa en un nivel de 25 000 sucres. Estas circunstancias hicieron que el riesgo país aumente, con las consecuencias que acarrearón en la economía de la República: a la dolarización se lo define como "proceso mediante el cual la moneda de uso corriente en el Ecuador deja de ser el sucre y pasa a ser el dólar."

*Mientras que el folleto "la dolarización" emitido por el Banco Central del Ecuador, dice:*

<sup>4</sup>"cualquier proceso donde el dinero extranjero reemplaza al dinero doméstico en cualquiera de sus tres funciones"

Al adoptar como política la dolarización total de una economía, implica una sustitución del 100% de la moneda local por la moneda extranjera, lo que significa que los precios, los salarios y los contratos se fijan en dólares.

Al acoger la economía ecuatoriana el esquema monetario de dolarización ha provocado aumentar confianza de los empresarios y que otras variables de la economía mantengan estabilidad.

Al implementar un nuevo esquema económico, de hecho que tiene ventajas y desventajas, y en especial, en una economía inestable como la ecuatoriana, una ventaja de la

---

<sup>4</sup> "Folleto La Dolarización" Pablo Lucio Paredes

dolarización, es la inflación, que es el ritmo del incremento de precios, se reducirá a un solo dígito a mediano plazo, además:

- Se recuperará el ahorro, porque se elimina el riesgo de la devaluación, y se facilitará el financiamiento porque es más factible acceder a créditos en el sistema financiero.
- Aumento de la productividad de las empresas, ya que podrán reducir sus costos, en especial los financieros.
- Beneficia a los asalariados, a los empleados; por cuanto no se deteriora la capacidad adquisitiva de sus sueldos, cuando, como dicen los analistas económicos: "se sincere la economía", facilita la planificación a largo plazo, pues permite la realización de cálculos económicos que hacen más eficaces las decisiones económicas.

### **Producto Interno Bruto (PIB)**

Es el valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio nacional durante cierto periodo de tiempo, que por lo común es un trimestre o un año.

La cifra del PIB engloba la producción de bienes finales valorada a precios de mercado; el término producción corriente significa que no se cuenta la reventa de artículos que se produjeron en un periodo anterior.

**TABLA 2.1:** Comportamiento del PIB

PERIODO	PIB TOTAL		PIB INDUSTRIAL		Tasa de Variación Anual(1)		PIB Ind / PIB Total (1)
	Valores corrientes	Dólares del 2000	Valores corrientes	Dólares del 2000	Total	Industria Manufacturera	
1998	23,255	16,541	2,911	2,458	2.1	5.5	15%

1999	16,674	15,499	2,358	2,329	-6.3	-5.2	15%
2000	15,934	15,934	2,170	2,170	2.8	-6.8	14%
2001 (p)	21,250	16,784	2,484	2,276	5.34	4.89	14%
2002 (p)	24,899	17,497	2,593	2,333	4.25	2.53	13%
2003 (p)	28,691	18,132	2,700	2,417	3.63	3.58	13%
2004 (prev)	32,964	19,518	2,852	2,481	7.65	2.67	13%
2005 (prev)	36,244	20,285	2,966	2,647	3.93	6.66	13%
2006 (prev)	39,455	21,064	3,148	2,746	3.84	3.77	13%

**Fuente: Banco Central del Ecuador**

### **Tasa de inflación**

La inflación es medida estadísticamente a través del Índice de Precios al Consumidor del Área Urbana (IPCU), a partir de una canasta de bienes y servicios demandados por los consumidores de estratos medios y bajos, establecida a través de una encuesta de hogares.

Es posible calcular las tasas de variación mensual, acumuladas y anuales; estas últimas pueden ser promedio o en deslizamiento. La inflación depende de las características específicas de la economía, de su composición social y del modo en que se determina la política económica; la introducción de elementos analíticos relacionados con las modalidades con que los agentes forman sus expectativas, constituyen el marco de la reflexión y debate sobre los determinantes del proceso inflacionario.

La evidencia empírica señala que inflaciones sostenidas han estado acompañadas por un rápido crecimiento de la cantidad de dinero, aunque también por elevados déficit fiscales, inconsistencia en la fijación de precios o elevaciones salariales, y resistencia a disminuir el ritmo de aumento de los precios (inercia). Una vez que la inflación se propaga, resulta difícil que se le pueda atribuir una causa bien definida.

**Tabla 2.2:** Comportamiento de las Tasas de Inflación

PERIODO	Al consumidor		Al productor	
	%Anual	%Mens.	%Anual	%Mens.
2000	91	2.5	64.9	-12.7
2001	22.4	0.67	-5.6	1.9
2002	9.36	0.35	17.7	6.1
2003	6.1	-0.04	4.5	1.4
2004	1.95	-0.05	4.34	-3.8
2005	3.14	0.3	21.34	1.12
Jul-05	2.21	-0.16	19.03	4.88
Ago-05	1.96	-0.15	22.56	7.14
Sep-05	2.43	0.72	28.05	-0.22
Oct-05	2.72	0.35	16.18	-1.36
Nov-05	2.74	0.17	15.48	-8.78
Dic-05	3.14	0.30	21.34	1.12
Ene-06	3.37	0.48	23.11	4.19
Feb-06	3.82	0.71	15.87	-2.19
Mar-06	4.23	0.65	8.5	3.8
Abr-06	3.43	0.07	21.67	6.48
May-06	3.11	-0.14	27.38	3.01
Jun-06	2.8	-0.23	18.44	0.08
Jul-06	2.99	0.03		

Fuente: Banco Central del Ecuador

**Riesgo país**

El riesgo país es un concepto económico que ha sido abordado académica y empíricamente mediante la aplicación de metodologías de la más variada índole: desde la utilización de índices de mercado como el índice EMBI de países emergentes de Chase-JPmorgan hasta sistemas que incorpora variables económicas, políticas y financieras. El Embi se define como un índice de bonos de mercados emergentes, el cual refleja el movimiento en los precios de sus títulos negociados en moneda extranjera. Se la expresa como un índice ó como un margen de rentabilidad sobre aquella implícita en bonos del tesoro de los Estados Unidos.

Estos indicadores Macroeconómicos demuestran que existe pobreza en nuestro País y cada día es más difícil que las personas destinen dentro de su presupuesto familiar para la salud, por ésta razón la mayor parte de la población acude a los centros de Salud Públicos, debido a que estos proveen a sus afiliados atención gratuita y en algunos casos ciertas medicinas lo que ayuda de gran manera en su situación económica. Cabe recalcar que el servicio y la

atención de un Centro de Salud privado no se compara a un Público, por las características que cada uno posee.

### **2.2.1.3 Factor Tecnológico**

La tecnología es cada vez más importante en el desarrollo de cualquier actividad económica, ya que está en constante cambio e innovación, con la continua aparición de nuevos instrumentos y equipos médicos a nivel mundial ha ocasionado que el Instituto Médico de Especialidades se vea en la necesidad de estar acorde a éstos avances, obteniendo equipos modernos que optimicen las actividades que se realizan y de esa manera brindar a los pacientes servicios médicos con valor agregado.

El IME trabaja en su mayoría con equipos médicos traídos de Estados Unidos, y algunos de Europa, esto se debe a que Estados Unidos es un país que está a la vanguardia de la ciencia y la tecnología, creando nuevos y mejores instrumentos de acuerdo a los descubrimientos que se obtienen en el campo de la salud.

El campo tecnológico en el Ecuador no está desarrollado, ya que el gobierno ecuatoriano asigna muy bajos recursos económicos para el desarrollo de la investigación y la tecnología, siendo un reto para algunas instituciones que necesitan de tecnología para producir o generar un producto o servicio.

Todas las áreas del IME están bien adecuadas y equipadas con instrumental nuevo y acorde a la tecnología actual lo que permite brindar un servicio de calidad, ya que los profesionales cuentan con recursos que les permiten dar un diagnóstico y tratamiento exacto.

### **2.2.1.4 Factor Legal**

#### **Organismos de Control**

El Instituto Médico de Especialidades, toma en cuenta los siguientes códigos y leyes y se encuentra bajo jurisdicción de las siguientes instituciones para el desarrollo de sus actividades, entre estos tenemos:

**Servicio de Rentas Internas (SRI)**, es una entidad técnica, autónoma, encargada de la administración y recaudación de nuestros impuestos que están bajo su ámbito de acción.

Esta institución, permite que el IME, tenga una relación transparente entre el fisco y la institución, con el fin de asegurar un incremento progresivo y sostenido de la recaudación fiscal.

El IME, como contribuyente, debe cumplir con sus obligaciones tributarias en la medida y de acuerdo a los parámetros establecidos por esta institución, que funciona como brazo recaudador del Estado, ya que su objetivo es otorgar especial importancia al fomento de una cultura tributaria que representa el verdadero compromiso para el desarrollo del país.

Sus obligaciones tributarias son:

- Declaración del Impuesto a la Renta.
- Declaración mensual del IVA
- Retenciones en la Fuente.

**IESS:** El Instituto Ecuatoriano de seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se encargan de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social. El IME y sus trabajadores, aportan obligatoriamente el respectivo porcentaje, es por eso que la empresa posee una estrecha relación con el IESS debido a que este se encargará de proteger a los empleados con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las diferentes contingencias que se presenten.

## **CODIGOS Y LEYES**

**Código Tributario y Ley de Régimen Tributario Interno:** En base a los preceptos del Código Tributario se puede regular las relaciones jurídicas provenientes de los tributos, de la empresa en calidad de contribuyente, con los sujetos activos. El Instituto Médico de Especialidades, debe cumplir con sus obligaciones, de acuerdo a los tributos que son aplicables a esta según disposiciones de este código. De igual manera se debe regir por las normas establecidas en la Ley de Régimen Tributario Interno, con respecto a todos lo



relacionado con sus obligaciones tributarias, y la forma en que estas normas deben ser aplicadas.

**Código del Trabajo:** Los preceptos de este Código regulan las relaciones entre los empleadores del IME y sus trabajadores y se aplican a las diversas modalidades y condiciones de trabajo. Razón por la cual esta institución se rige a lo dispuesto en este código, en lo que a las relaciones laborales entre patronos y empleados se refiere.

**Código de la Salud:** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez. Toda materia o acción de salud pública, o privada, será regulada por las disposiciones contenidas en el presente Código, en las Leyes Especiales y en los Reglamentos.

El Código de la Salud rige de manera específica y prevalente los derechos, obligaciones y normas relativos a protección, fomento, reparación y rehabilitación de salud individual y colectiva.

Los Organismos Competentes en materia de salud son: El Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, en el orden político, económico y social; y La Dirección Nacional de Salud, cuya sede es la ciudad de Guayaquil, en el orden técnico - administrativo, normativo, directivo, ejecutivo y evaluador.

## **2.2.2 Influencias Microambientales**

### **2.2.2.1 Cliente**

Debido a que el Instituto Médico de Especialidades es una Sociedad Civil de carácter privado, constituida para brindar atención médica en todas sus especialidades, en las áreas de hospitalización, emergencia y servicio de consulta médica su nicho de mercado está enfocado a la Provincia de Imbabura y en menor proporción a la Provincia del Carchi, debido a que en esta zona del País no existe gran desarrollo de la Salud y las alternativas con que cuentan los clientes no son numerosas.

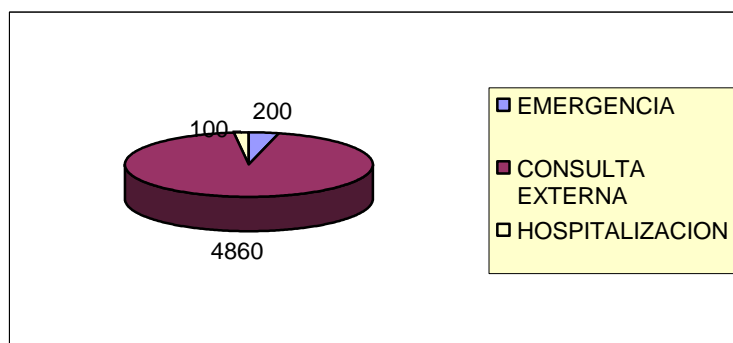
**Clientes potenciales:** Los principales clientes para el IME son los habitantes de la Provincia de Imbabura de una clase media para arriba, pues al ser una clínica privada se

debe pagar por todos los servicios que presta ésta institución lo que la convierte en no apta para toda la población existente que no siempre posee los recursos necesarios para acudir a una entidad de éstas características.

En su mayoría los pacientes son de las áreas aledañas a la ciudad de Ibarra donde se encuentra ubicada la Clínica, debido a que los habitantes de las ciudades pequeñas acuden a la ciudad mas grande o capitales para hacerse atender, que en este caso es Ibarra, mientras que los habitantes de esta ciudad continuando con el ciclo prefieren acudir a los centros asistenciales en Quito.

Con la finalidad de observar el comportamiento de los clientes se ha tomado como muestra el número de pacientes atendidos en el último mes, y como resultado se obtuvo los siguientes datos:

**Cuadro 2.3:** Clientes atendidos al mes en el IME



**Elaborado por: La Autora**

#### **2.2.2.2 Proveedor**

El Instituto Médico de Especialidades, ha optado por realizar una integración hacia atrás construyendo la empresa DIFARIME, una entidad asociada que es la encargada de administrar la farmacia de la Institución que tiene personalidad jurídica independiente, pero posee relación con el IME, dentro de los convenios se establece que ésta será quien provea de todos los insumos necesarios a lo Clínica de acuerdo a las necesidades que se presenten.

DIFARIME trabaja de manera directa con los laboratorios farmacéuticos que le proveen de insumos médicos de buena calidad que cumplen con las normas establecidas, de acuerdo a los requerimientos de las diferentes áreas de la Institución.

Los pedidos se los realiza de manera mensual, teniendo siempre una cantidad mínima de stock, debido a las características de cada uno de los productos o insumos médicos que no siempre se los puede mantener almacenados, y en caso de necesitar algún tipo de medicamento especial se lo requiere al laboratorio correcto quien se encarga de proporcionar de manera inmediata lo solicitado.

DIFARIME trabaja con los siguientes laboratorios:

#### **Laboratorios Genéricos Farmacéuticos S.A., Genfar,**

En lo que se refiere a medicamentos genéricos uno de sus principales proveedores es Genfar que es una empresa que fue fundada hace casi 40 años con socios y capital 100% colombianos. Reconocida por su continuo desarrollo y permanente innovación, Genfar se ha convertido en una de las empresas líderes en medicamentos genéricos farmacéuticos a nivel nacional, con amplia proyección a los mercados de Latinoamérica.

#### **Laboratorios Bagó,**

El Instituto Médico de Especialidades trabaja con este Laboratorio debido a la variedad de productos que comercializa y a las alianzas que mantiene con otros laboratorios entre ellos se destacan: Gebro Fieberbrunn, Pfizer Corp., Fujisawa Corp., Bayer A.G., Zeneca, Schering y Servier, lo que permite que la variedad en medicinas sea más amplia al igual que sus costos.

#### **Laboratorios Industriales Farmacéuticos Ecuatorianos – LIFE**

Provee al IME de medicamentos específicos como: soluciones parenterales de gran volumen, inyectables, suspensiones extemporáneas, jarabes, tabletas, y cápsulas, entre otros. Posee además una planta separada para la producción de penicilínicos.

**Tabla 2.3** Productos adquiridos por el IME en la 1ra semana de noviembre del 2006

<b>PRODUCTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR</b>
FRASCOS RECOLECTORES	1	0.28
EQUIPOS DE SUERO/ VENOCICIS	2	4.10
DX-RINGER SUERO	4	8.04
VASOCAN 16/18/22/24	3	6.12
RANITIDINA AMPOLLA	3	4.65
SERTAL COMPUESTO AMPOLLA	1	1.97
JERINGUILLA 3CC	12	2.64
FENAGEN AMPOLLA	3	1.55
JERINGULLAS 5CC	15	4.20
GENTAMAX 80MG AMPOLLA	3	2.89
MICROGOTERO	1	6.42
SOLUCLOR	1	2.13
BURTEN 30MG 2ML AMPOLLA	1	2.62
TEMPRA 500MG TABLETAS	4	0.45
DOMINIUM 20 MG COMPRIMIDOS	1	0.63
XANAX 25MG TABLETAS	1	0.56
EQUIPO MACROSET BOMBA	1	13.48
GLUCONATO DE CALCIO	2	6.00
<b>TOTAL</b>		<b>68.73</b>

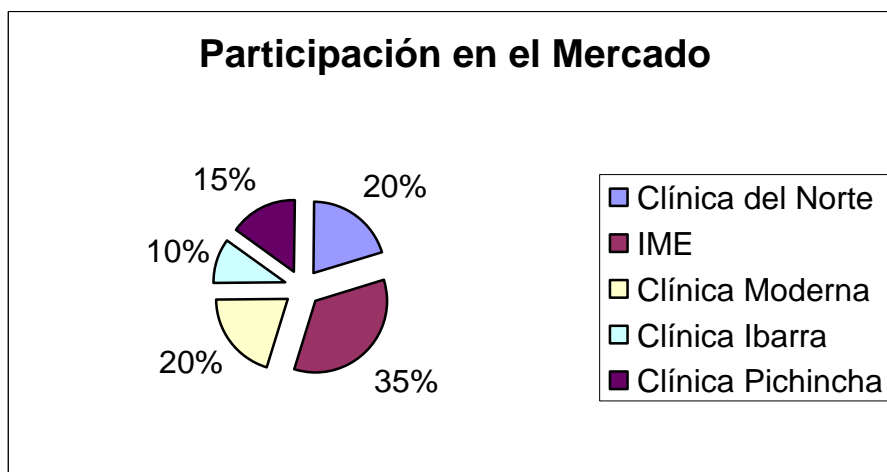
### **2.2.2.3 Competencia**

En el sector donde está ubicado El Instituto Médico de Especialidades existen cinco centros de atención médica con similares características, que brindan los mismos servicios médicos a la población los cuales son:

1. Clínica del Norte
2. Instituto Médico de Especialidades
3. Clínica Moderna
4. Clínica Ibarra
5. Clínica Pichincha.

El IME de acuerdo a una encuesta realizada por la misma entidad un año atrás a los habitantes de la provincia de Imbabura, se determinó que el Instituto Médico de Especialidades se encuentra en el primer lugar, debido a que posee instalaciones nuevas, cómodas, y equipos con tecnología de punta así como profesionales capacitados en el exterior, lo que ha generado que obtenga el 35% de los clientes del sector de acuerdo al siguiente gráfico.

### **Cuadro 2.4:** Participación del IME en el mercado



**Elaborado por: La Autora**

Cabe recalcar que el desarrollo económico en Imbabura, como en todo el país se encuentra mal distribuida, ya que solo el 25 por ciento de la población tiene la capacidad de acceder a un servicio pagado de salud, la mayoría de la población económicamente activa son empleados públicos, que trabajan en los Gobiernos Seccionales, Jefaturas Provinciales y especialmente en el Magisterio, la empresa privada empieza a desarrollarse en la ciudad de Ibarra, y en otras ciudades de la provincia como Otavalo, Atuntaqui, San Antonio de Ibarra y la Provincia del Carchi.

Este desarrollo también ha impulsado al área de la salud en donde la infraestructura y recursos humanos (médicos y paramédicos) encuentran un escenario promisorio para el desarrollo profesional y por ello una buena parte de ellos han decidido quedarse en la provincia dando como consecuencia tener una muy buena oferta de profesionales eficientes y sobre todo especialistas, de manera que la población capaz de acceder a una prestación privada empieza a acudir a los centros médicos de Imbabura en lugar de acudir a los servicios de salud de la ciudad de Quito, pese a su cercanía, a su prestigio y al fácil acceso.

Pese a todas estas características que se han desarrollado en el ámbito económico-social, la factibilidad de invertir en servicios de salud no se presenta muy atractiva debido a los costos elevados en los que se necesita incurrir, es por eso que no existen muchos centros de salud privados que posean toda la infraestructura, especialistas y equipos necesarios para una atención de primera, lo que representa una ventaja para el IME, ya que ésta clínica si cuenta con todos estos requerimientos, lo que la ha convertido en la mas importante de la zona.

#### **2.2.2.4 Precios**

Los honorarios profesionales así como el precio de los servicios médicos se fijan a través de un tarifario establecido por la Junta Médica Directiva, el mismo que deberá guardar armonía con el establecido por el Colegio Médico de Imbabura, dicho tarifario estará acorde a la equidad y sobre todo la realidad local y al servicio de salud que se presta.

Solamente los honorarios médicos de los profesionales especializados podrán ser exonerados por el propio profesional, en casos excepcionales de atenciones a familiares y colegas.

No se consideran honorarios profesionales, a la venta de medicamentos, equipos, aparatos u otro dispositivo médico entregado directamente al paciente, el propio paciente mediante la prescripción del médico especialista será el que adquiera lo necesario para su recuperación.

**Tabla 2.4:** Tarifario del IME actualizado a septiembre del 2006

SERVICIO	VALOR
<b>EMERGENCIA</b>	
Consulta	5.00
Curaciones normales	5.00
Procedimientos quirúrgicos pequeños de 1 a 5 centímetros	5.00
Procedimientos quirúrgicos moderados de 5 a 10 centímetros	10.00
Procedimientos quirúrgicos moderados mas de 2 horas	30.00
Cuando se use anestesia general	20.00
Reducción anestesia local	15.00
Cama de hospitalización del día 6 horas	12.00
cama de hospitalización del día 12 horas	25.00
cama de hospitalización del día menos de 6 horas (cada hora)	5.00
<b>ESTADÍA</b>	
Habitación semiprivada	45.00
Habitación individual	55.00
Habitación suit	65.00
Terapia intermedia	100.00
Terapia intensiva	350.00
<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Dieta Hiperproteica	15.00

Dieta General	14.00
Dieta Blanda	10.00
Dieta Blanda estricta	7.00
Dieta líquida	3.00
Dieta Líquida Amplia	6.00
Dieta Diabética 1 general	11.00
Dieta Diabética 2 blanda	8.00
<b>SALA DE OPERACIONES</b>	
Quirófano 1 y 2 Cirugía general hasta 30min	45.00
Quirófano 1 y 2 Cirugía general hasta 1 hora	110.00
Quirófano 1 y 2 Cirugía general hasta 2 horas	140.00
Quirófano 1 y 2 Cirugía general hasta 3 horas	170.00
Quirófano 1 y 2 Cirugía general hasta 4 horas	200.00
Quirófano 1 y 2 Cirugía raquídea hasta 2 horas	85.00
Quirófano 3 Cirugía Raquidea	62.00
Quirófano 3 Anestesia local	30.00
Quirófano 3 cirugía general corta	35.00
<b>SALA DE PARTOS</b>	
Partos	55.00
Legrados	45.00
<b>NEONATOLOGÍA</b>	
Recepción del niño	30.00
Incubadora	50.00
Fototerapia	25.00
Cuna corriente	25.00
<b>EQUIPOS ESPECIALES</b>	
Laparoscopia (Para cirugía renta)	100.00
Equipo de bomba	15.00
Monitor fetal	20.00
Fuente de luz (laparoscopia)	50.00
<b>EQUIPOS TERAPIA</b>	
Ventilador mecánico	100
Monitor DINAMAP	40.00
Monitor capnógrafo	40.00

Monitor desfibrilador marcapaso externo	50.00
---	-------



## CAPITULO III

### **3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

#### **3.1 Misión**

<sup>5</sup>“La familia del Instituto Médico de Especialidades, brinda atención integral y de calidad a todos los usuarios sin distinción de raza y credo, con Talento Humano capacitado, aplicando la tecnología de punta mas adecuada con calidez, respeto y consideración”

#### **3.2 Visión**

<sup>6</sup>“El Instituto Médico de Especialidades en el año 2016 será la unidad de servicios de salud privados con mayor infraestructura, amplia y moderna, dotado de ascensores, equipamiento de laboratorio computarizado, patológico, RX modernos las 24 horas y quirófanos inteligentes; talento humano lleno de amor y corazón que sea valorado, respetado y capacitado, con un gerente independiente, con liderazgo propio, con tiempo y dedicación, que actúe de acuerdo a reglamentos y estatutos, que cuente con áreas de cafetería, recreación y guardería que disponga de ambulancias para servicio de medicina pre-hospitalaria, basados en la eficiencia, eficacia y efectividad que nos llevarán a la excelencia en salud”

#### **3.3 Objetivos**

*Según el Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades aprobado el 13 de septiembre del 2006; sus objetivos son los siguientes:*

- Prestar servicios de salud privados de calidad en hospitalización, emergencia y consulta externa a los pacientes que concurran al “Instituto Médico de Especialidades”.

---

<sup>5</sup> Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades

<sup>6</sup> Reglamento Interno del Instituto Médico de Especialidades

- Lograr la mayor eficiencia de sus profesionales especializados en las diferentes ramas de la salud, en base a un análisis y evaluación permanente del desempeño clínico y ético del cuerpo médico del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Propiciar una preparación académica permanente de sus médicos especialistas, como base del progreso y adelanto del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Promocionar permanentemente Reuniones Médicas, en las que se discutirán temas de salud de interés mutuo de los profesionales, a fin de contar con herramientas válidas para la toma de decisiones por parte de los directivos del “Instituto Médico de Especialidades”.
- Diseñar programas sociales de promoción de los servicios de salud hacia la comunidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud y vida de los usuarios.
- Promocionar mecanismos e incentivos en los costos de los servicios de salud, sobre la base de la realidad local, en procura de alcanzar mayor cobertura de pacientes.
- Contar oportunamente con todos los permisos sanitarios de funcionamiento, y al mismo tiempo estar al día en el pago de impuestos al SRI por los servicios prestados, y,
- Cumplir oportunamente con todos los objetivos que se plantee desde la Junta General de Socios.

### **3.4 Políticas**

- La capacitación estará en función de las necesidades del Instituto Médico de Especialidades y del desarrollo profesional de sus empleados. Los costos de la capacitación pueden ser a cargo de IME; compartida con el empleado y el IME; o, a cargo del empleado.
- La selección de personal se ajustará a los perfiles de cargos establecidos por la Junta Directiva. y los cargos vacantes se llenarán mediante concurso interno o abierto.

- El pago a los proveedores se realizará al momento que se entregue lo solicitado, conforme a la orden de pedido que será revisada y aprobada por el contador.
- El pago de los servicios solo se podrá realizar, en efectivo, con tarjeta de crédito o cheques a nombre del IME.
- La limpieza de los diferentes servicios de salud del “Instituto Médico de Especialidades”, incluido, puertas, ventanas, pisos, baños, entre otros, se realizará diariamente, las veces que sean necesarias.
- Para garantizar el servicio al cliente y ganar la confianza del mismo, se trabajará siempre con equipos modernos acorde al desarrollo tecnológico y especialistas en cada una de las ramas.

#### **Políticas hacia el paciente:**

- El horario para visitas será de: 10:00am a 12:00pm y de 14:00 a 17:00
- Sólo dos personas a la vez podrán ingresar a la habitación.
- No se permiten niños menores de 12 años.
- La enfermera supervisora, a su propio criterio, puede pedir a las visitas que se vayan.
- De acuerdo con normas establecidas por el Campo de la Salud y el código de la ciudad de la misma, un hospital es libre de humo. Existen áreas designadas para fumadores al exterior del establecimiento
- Por seguridad, se exige a los miembros del personal del “IME” que usen una credencial de identificación en todo momento. Si se le acerca una persona sin identificación que afirma ser un empleado, infórmeselo de inmediato a su enfermera o a otro miembro del personal.
- Se asignará una pulsera de identificación al paciente donde le indique su nombre, número de habitación y nombre del médico al personal. No se quitará esta pulsera hasta que lo hayan dado de alta.

### **3.5 Estrategias**

- Conformar un Comité Institucional de Certificación con el propósito de realizar la supervisión y reorientación de los servicios médicos con base a los indicadores

establecidos por el Código de la Salud que permitan implantar una certificación en la Institución.

- Establecer convenios con las aseguradoras médicas del país, ofertando servicios médicos de alta especialidad de tercer nivel, con el fin de optimizar la utilización de la infraestructura instalada en turnos vespertinos, integrando así una oferta hospitalaria que no se encuentra aún en el país.
- Implementar la sistematización y automatización de los procedimientos de las áreas médica, enseñanza, investigación y administrativas.
- Establecer nuevos indicadores de resultados en todas las áreas del hospital que permitan elevar la calidad y eficiencia de los servicios que ofrece la institución.
- Establecer convenios con el sector público y privado que permitan renovar la infraestructura física y de tecnología médica instalada.

### **3.6 Principios y Valores.**

Para cumplir con su objetivo, se ha establecido principios básicos de calidad y eficiencia los que se manifiestan de la siguiente manera:

La eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida. Y la calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científicos, técnicos y administrativos, y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia, como complemento a éstos están:

#### **PRINCIPIOS**

- **Vocación de servicio:** Consiste en brindar servicios de salud con alta calidad humana, demostrando agrado al realizar cada una de las actividades. Atención cuidadosa y protectora. La atención que se brinda al paciente debe ser

amable, afectuosa, de manera que este se sienta aliviado y tranquilo mientras permanece en la clínica.

- Calidad en todos los servicios: La atención que se brinda debe estar dentro de parámetros de eficiencia y eficacia, proporcionando atención especializada, con equipos de actual tecnología.
- Excelente relación medico – paciente: El médico debe transmitir hacia el paciente confianza, de manera que este se sienta a gusto y seguro de que la atención que los cuidados que se le imparte son los adecuados.

## **VALORES**

- Calidad. Por la atención brindada a los pacientes, tanto en los servicios médicos como administrativos.
- Compromiso. Para con el paciente que solicita nuestros servicios al brindarle nuestra confianza y apoyo.
- Eficacia. Actuar adecuadamente para el logro de los objetivos institucionales y de salud.
- Eficiencia. Obtención de los mejores resultados en el logro de los objetivos por medio del uso racional de los recursos disponibles.
- Equidad. En los recursos y servicios de la institución sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad.
- Ética. Apego a los códigos, normas y principios del actuar del equipo de salud.
- Honestidad. Reconocimiento de nuestra actitud o vocación por el servicio ante los intereses personales o de grupo.
- Profesionalismo. Al aplicar los conocimientos adquiridos para apoyar los servicios que presta la Institución.
- Respeto. Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante.

## CAPITULO IV

### **4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL CONTROL INTERNO.**

#### **4.1 Definición de Control Interno**

*Según el Autor GUSTAVO CEPEDA, en su libro Auditoria y Control Interno, Editorial McGraw Hill, define al Control Interno de la siguiente manera:*

“El Control Interno se define como cualquier acción tomada por la Gerencia para aumentar la probabilidad de que los objetivos establecidos y las metas se han cumplido. La Gerencia establece el Control Interno a través de la planeación, organización, dirección y ejecución de tareas y acciones que den seguridad razonable de que los objetivos y metas serán logrados.”

*Según: Edison E. Estrella Rosero Control Interno es:*

“El Control Interno se define como el conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y unidos a las personas que conforman una organización, se constituye en un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generándole capacidad de respuesta ante los diferentes públicos o grupos de interés que debe atender.”

*Según: Samuel Alberto Mantilla en su libro CONTROL INTERNO INFORME COSO, señala que Control Interno es:*

“El Control Interno es un proceso integrado a los procesos, y no un conjunto de pesados mecanismos burocráticos añadidos a los mismos, efectuado por el consejo de la administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar una garantía razonable para el logro de objetivos incluidos en las siguientes categorías: Eficacia y eficiencia de las operaciones, Confiabilidad de la información financiera, Cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas.”

***A mi criterio Control Interno es:***

Un conjunto de procesos interrelacionados, implementados por los directivos, tendientes a ofrecer una garantía razonable de que se cumplan los objetivos de una entidad salvaguardando los recursos de la misma, a través de la eficiencia, eficacia y economía.

## **4.2 Elementos del Control Interno**

### **AMBIENTE DE CONTROL**

El ambiente de control define al conjunto de circunstancias que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno y que son por lo tanto determinantes del grado en que los principios de este último imperan sobre las conductas y los procedimientos organizacionales.

Es, fundamentalmente, consecuencia de la actitud asumida por la alta dirección, la gerencia, y por carácter reflejo, los demás agentes con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades y resultados.

Fija el tono de la organización y, sobre todo, provee disciplina a través de la influencia que ejerce sobre el comportamiento del personal en su conjunto.

Constituye el andamiaje para el desarrollo de las acciones y de allí deviene su trascendencia, pues como conjunción de medios, operadores y reglas previamente definidas, traduce la influencia colectiva de varios factores en el establecimiento, fortalecimiento o debilitamiento de políticas y procedimientos efectivos en una organización.

Los principales factores del ambiente de control son:

- La filosofía y estilo de la dirección y la gerencia.
- La estructura, el plan organizacional, los reglamentos y los manuales de procedimiento.

- La integridad, los valores éticos, la competencia profesional y el compromiso de todos los componentes de la organización, así como su adhesión a las políticas y objetivos establecidos.
- Las formas de asignación de responsabilidades y de administración y desarrollo del personal.
- El grado de documentación de políticas y decisiones, y de formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento.

En las organizaciones que lo justifiquen, la existencia de consejos de administración y comités de auditorías con suficiente grado de independencia y calificación profesional.

El ambiente de control reinante será tan bueno, regular o malo como lo sean los factores que lo determinan. El mayor o menor grado de desarrollo y excelencia de éstos hará, en ese mismo orden, a la fortaleza o debilidad del ambiente que generan y consecuentemente al tono de la organización.

## **EVALUACION DE RIESGOS**

El control interno ha sido pensado esencialmente para limitar los riesgos que afectan las actividades de las organizaciones. A través de la investigación y análisis de los riesgos relevantes y el punto hasta el cual el control vigente los neutraliza se evalúa la vulnerabilidad del sistema. Para ello debe adquirirse un conocimiento práctico de la entidad y sus componentes de manera de identificar los puntos débiles, enfocando los riesgos tanto al nivel de la organización (internos y externos), como de la actividad.

El establecimiento de objetivos es anterior a la evaluación de riesgos. Si bien aquéllos no son un componente del control interno, constituyen un requisito previo para el funcionamiento del mismo.

Los objetivos (relacionados con las operaciones, con la información financiera y con el cumplimiento), pueden ser explícitos o implícitos, generales o particulares. Estableciendo objetivos globales y por actividad, una entidad puede identificar los factores críticos del éxito y determinar los criterios para medir el rendimiento.

A este respecto cabe recordar que los objetivos de control deben ser específicos, así como adecuados, completos, razonables e integrados a los globales de la institución.



Una vez identificados, el análisis de los riesgos incluirá:

- Una estimación de su importancia / trascendencia.
- Una evaluación de la probabilidad / frecuencia.
- Una definición del modo en que habrán de manejarse.

Dado que las condiciones en que las entidades se desenvuelven suelen sufrir variaciones, se necesitan mecanismos para detectar y encarar el tratamiento de los riesgos asociados con el cambio. Aunque el proceso de evaluación es similar al de los otros riesgos, la gestión de los cambios merece efectuarse independientemente, dada su gran importancia y las posibilidades de que los mismos pasen inadvertidos para quienes están inmersos en las rutinas de los procesos.

Existen circunstancias que pueden merecer una atención especial en función del impacto potencial que plantean:

- Cambios en el entorno.
- Redefinición de la política institucional.
- Reorganizaciones o reestructuraciones internas.
- Ingreso de empleados nuevos, o rotación de los existentes.
- Nuevos sistemas, procedimientos y tecnologías.
- Aceleración del crecimiento.
- Nuevos productos, actividades o funciones.

Los mecanismos para prever, identificar y administrar los cambios deben estar orientados hacia el futuro, de manera de anticipar los más significativos a través de sistemas de alarma complementados con planes para un abordaje adecuado de las variaciones.

## **ACTIVIDADES DE CONTROL**

Están constituidas por los procedimientos específicos establecidos como un reaseguro para el cumplimiento de los objetivos, orientados primordialmente hacia la prevención y neutralización de los riesgos.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la organización y en cada una de las etapas de la gestión, partiendo de la elaboración de un mapa de riesgos según lo

expresado en el punto anterior: conociendo los riesgos, se disponen los controles destinados a evitarlos o minimizarlos, los cuales pueden agruparse en tres categorías, según el objetivo de la entidad con el que estén relacionados:

- Las operaciones
- La confiabilidad de la información financiera
- El cumplimiento de leyes y reglamentos

En muchos casos, las actividades de control pensadas para un objetivo suelen ayudar también a otros: los operacionales pueden contribuir a los relacionados con la confiabilidad de la información financiera, éstas al cumplimiento normativo, y así sucesivamente.

A su vez en cada categoría existen diversos tipos de control:

- Preventivo / Correctivos
- Manuales / Automatizados o informáticos
- Gerenciales o directivos

En todos los niveles de la organización existen responsabilidades de control, y es preciso que los agentes conozcan individualmente cuales son las que les competen, debiéndose para ello explicar claramente tales funciones.

A continuación se detalla una muestra de la amplitud que tiene las actividades de control, pero no constituye la totalidad de las mismas:

- Análisis efectuados por la dirección.
- Seguimiento y revisión por parte de los responsables de las diversas funciones o actividades.
- Comprobación de las transacciones en cuanto a su exactitud, totalidad, y autorización pertinente: aprobaciones, revisiones, cotejos, recálculos, análisis de consistencia, reenumeraciones.
- Controles físicos patrimoniales: arqueos, conciliaciones, recuentos.
- Dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos y registros.
- Segregación de funciones.
- Aplicación de indicadores de rendimiento.

Es necesario remarcar la importancia de contar con buenos controles de las tecnologías de información, pues éstas desempeñan un papel fundamental en la gestión, destacándose al respecto el centro de procesamiento de datos, la adquisición, implantación y mantenimiento del software, la seguridad en el acceso a los sistemas, los proyectos de desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.

A su vez los avances tecnológicos requieren una respuesta profesional calificada y anticipada desde el control.

## **INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

Así como es necesario que todos los agentes conozcan el papel que les corresponde desempeñar en la organización (funciones, responsabilidades), es imprescindible que cuenten con la información periódica y oportuna que deben manejar para orientar sus acciones en consonancia con los demás, hacia el mejor logro de los objetivos.

La información relevante debe ser captada, procesada y transmitida de tal modo que llegue oportunamente a todos los sectores permitiendo asumir las responsabilidades individuales.

La información operacional, financiera y de cumplimiento conforma un sistema para posibilitar la dirección, ejecución y control de las operaciones.

Está conformada no sólo por datos generados internamente sino por aquellos provenientes de actividades y condiciones externas, necesarios para la toma de decisiones.

Los sistemas de información permiten identificar, recoger, procesar y divulgar datos relativos a los hechos o actividades internas y externas, y funcionan muchas veces como herramientas de supervisión a través de rutinas previstas a tal efecto. No obstante resulta importante mantener un esquema de información acorde con las necesidades institucionales que, en un contexto de cambios constantes, evolucionan rápidamente. Por lo tanto deben adaptarse, distinguiendo entre indicadores de alerta y reportes cotidianos en apoyo de las iniciativas y actividades estratégicas, a través de la evolución desde sistemas exclusivamente financieros a otros integrados con las operaciones para un mejor seguimiento y control de las mismas.

Ya que el sistema de información influye sobre la capacidad de la dirección para tomar decisiones de gestión y control, la calidad de aquél resulta de gran trascendencia y se refiere entre otros a los aspectos de contenido, oportunidad, actualidad, exactitud y accesibilidad.

La comunicación es inherente a los sistemas de información. Las personas deben conocer a tiempo las cuestiones relativas a sus responsabilidades de gestión y control. Cada función ha de especificarse con claridad, entendiendo en ello los aspectos relativos a la responsabilidad de los individuos dentro del sistema de control interno.

Así mismo el personal tiene que saber cómo están relacionadas sus actividades con el trabajo de los demás, cuáles son los comportamientos esperados, de que manera deben comunicar la información relevante que generen.

Los informes deben transferirse adecuadamente a través de una comunicación eficaz. Esto es, en el más amplio sentido, incluyendo una circulación multidireccional de la información: ascendente, descendente y transversal.

La existencia de líneas abiertas de comunicación y una clara voluntad de escuchar por parte de los directivos resultan vitales.

Además de una buena comunicación interna, es importante una buena comunicación externa que favorezca el flujo de toda la información necesaria, y en ambos casos importa contar con medios eficaces, dentro de los cuales tan importantes como los manuales de políticas, memorias, difusión institucional, canales formales e informales, resulta la actitud que asume la dirección en el trato con sus subordinados. Una entidad con una historia basada en la integridad y una sólida cultura de control no tendrá dificultades de comunicación. Una acción vale más que mil palabras.

## **SUPERVISIÓN**

Incumbe a la dirección, la existencia de una estructura de control interno idónea y eficiente, así como su revisión y actualización periódica para mantenerla en un nivel adecuado. Procede la evaluación de las actividades de control de los sistemas a través del tiempo, pues toda organización tiene áreas donde los mismos están en desarrollo, necesitan ser reforzados o se impone directamente su reemplazo debido a que perdieron su eficacia o

resultaron inaplicables. Las causas pueden encontrarse en los cambios internos y externos a la gestión que, al variar las circunstancias, generan nuevos riesgos a afrontar.

El objetivo es asegurar que el control interno funciona adecuadamente, a través de dos modalidades de supervisión: actividades continuas o evaluaciones puntuales.

Las primeras son aquellas incorporadas a las actividades normales y recurrentes que, ejecutándose en tiempo real y arraigadas a la gestión, generan respuestas dinámicas a las circunstancias sobrevinientes.

En cuanto a las evaluaciones puntuales, corresponden las siguientes consideraciones:

a) Su alcance y frecuencia están determinados por la naturaleza e importancia de los cambios y riesgos que éstos conllevan, la competencia y experiencia de quienes aplican los controles, y los resultados de la supervisión continuada.

b) Son ejecutados por los propios responsables de las áreas de gestión (autoevaluación), la auditoría interna (incluida en el planeamiento o solicitada especialmente por la dirección), y los auditores externos.

c) Constituyen en sí todo un proceso dentro del cual, aunque los enfoques y técnicas varíen, priman una disciplina apropiada y principios insoslayables.

La tarea del evaluador es averiguar el funcionamiento real del sistema: que los controles existan y estén formalizados, que se apliquen cotidianamente como una rutina incorporada a los hábitos, y que resulten aptos para los fines perseguidos.

d) Responden a una determinada metodología, con técnicas y herramientas para medir la eficacia directamente o a través de la comparación con otros sistemas de control probadamente buenos.

e) El nivel de documentación de los controles varía según la dimensión y complejidad de la entidad.

Existen controles informales que, aunque no estén documentados, se aplican correctamente y son eficaces, si bien un nivel adecuado de documentación suele aumentar la eficiencia de la evaluación, y resulta más útil al favorecer la comprensión del sistema por parte de los

empleados. La naturaleza y el nivel de la documentación requieren mayor rigor cuando se necesite demostrar la fortaleza del sistema ante terceros.

f) Debe confeccionarse un plan de acción que contemple:

- El alcance de la evaluación
- Las actividades de supervisión continuadas existentes.
- La tarea de los auditores internos y externos.
- Áreas o asuntos de mayor riesgo.
- Programa de evaluaciones.
- Evaluadores, metodología y herramientas de control.
- Presentación de conclusiones y documentación de soporte
- Seguimiento para que se adopten las correcciones pertinentes.

Las deficiencias o debilidades del sistema de control interno detectadas a través de los diferentes procedimientos de supervisión deben ser comunicadas a efectos de que se adopten las medidas de ajuste correspondientes.

Según el impacto de las deficiencias, los destinatarios de la información pueden ser tanto las personas responsables de la función o actividad implicada como las autoridades superiores

### **4.3 Clasificación del Control Interno**

#### **POR TIPO:**

##### **Control Interno Administrativo:**

*Según la Declaración sobre Normas de auditoría SAS 1, el Control Interno Administrativo es:*

“Los controles administrativos comprenden el plan de organización y todos los métodos y procedimientos que están relacionados principalmente con la eficiencia de las operaciones, la adhesión a las políticas gerenciales y que por lo común, solo tienen que ver indirectamente con los registros financieros. Generalmente incluyen controles tales como

análisis estadísticos, estudios de tiempo y movimientos, informes de actuación, programas de adiestramiento del personal y controles de calidad”

No esta limitado al plan de la organización y procedimientos que se relaciona con el proceso de decisión que lleva a la autorización de intercambios.

Se orienta a promover la eficiencia y adhesión de todos los estamentos de la empresa a las disposiciones de la dirección, e involucra todas las áreas que se hayan establecido para desarrollar con eficacia la gestión de la empresa.

Entonces el Control Interno Administrativo se relaciona con la eficiencia en las operaciones establecidas por el ente.

### **Control Interno Contable:**

*Según el libro de Aguirre Juan; Auditoria, Editorial Didáctica Multimedia S.A, el Control Interno Contable es:*

“Son los controles y métodos establecidos para garantizar la protección de los activos y la fiabilidad y validez de los registros y sistemas contables”

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

Los intercambios son ejecutados de acuerdo con autorizaciones generales o específicas de la gerencia

- Se registran los cambios para: mantener un control adecuado y permitir la preparación de los Estados Financieros.
- Se salvaguardan los activos solo accesandolos con autorización
- Los activos registrados son comparados con las existencias.

El objetivo de implantar controles internos contables, no es únicamente el mantener un método para procesar información contable, sino también salvaguardar a la organización de posibles pérdidas financieras. Estos deben diseñarse para garantizar que la organización

lleve todos los libros necesarios como una base confiable para la preparación de estados financieros, y los errores e irregularidades sean detectados al procesar la información.

Ejemplo: Los datos del nombre del cliente, dirección, artículo y cantidad se encuentran contenidos en el pedido. El precio se encuentra en la lista de precio del computador. Aprobado el pedido se corre el programa de facturación.

Cuando el cliente. Recibe la mercadería conforme y firma, se produce un cambio en la información ya que esta se encontrara en Ventas del día

## **POR LA ACCIÓN**

*De acuerdo a las Normas de Control Interno aplicable al sector publico:*

**Control Interno Previo:** Las organizaciones deberán establecer mecanismos y procedimientos para analizar las operaciones y actividades que hayan proyectado realizar, antes de su autorización, o de que esta surta efectos, con el propósito de determinar la propiedad de dichas operaciones y actividades, su legalidad y veracidad y finalmente su conformidad con los planes y programas.

El control previo será ejecutado por el personal responsable del trámite normal de las operaciones y actividades.

**Control Interno Concurrente:** Los niveles y otros cargos que tengan bajo su mando a un grupo de personas, establecerán y aplicarán mecanismos y procedimientos de supervisión permanente durante la ejecución de las operaciones, con el objeto de asegurar:

1. El logro de los resultados previstos.
2. La ejecución eficiente y económica de las funciones encomendadas a cada persona.
3. El cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias, normativas.
4. El aprovechamiento eficiente de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.
5. La adopción oportuna de medidas correctivas necesarias.



**Control Interno Posterior:** La máxima autoridad de cada entidad y organismo, con la asesoría de su unidad de auditoría interna, establecerá los mecanismos para evaluar periódicamente y con posterioridad a la ejecución de las operaciones:

1. El grado de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas.
2. Los resultados de la gestión.
3. Los niveles de eficiencia, eficacia, efectividad y economía en la utilización de los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y naturales, y,
4. El impacto que han tenido en el medio ambiente.

#### **4.4 Métodos de Evaluación**

##### **4.4.1 COSO**

El denominado "INFORME COSO" sobre Control Interno, publicado en EE.UU. en 1992, surgió como una respuesta a las inquietudes que planteaban la diversidad de conceptos, definiciones e interpretaciones existentes en torno a la temática referida.

Plasma los resultados de la tarea realizada durante más de cinco años por el grupo de trabajo que la TREADWAY COMMISSION, NATIONAL COMMISSION ON FRAUDULENT FINANCIAL REPORTING creó en Estados Unidos en 1985 bajo la sigla COSO (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS). El grupo estaba constituido por representantes de las siguientes organizaciones:

- American Accounting Association (AAA)
- American Institute of Certified Public Accountants (AICPA)
- Financial Executive Institute (FEI)
- Institute of Internal Auditors (IIA)
- Institute of Management Accountants (IMA)

La redacción del informe fue encomendada a Coopers & Lybrand.

Se trataba entonces de materializar un objetivo fundamental: definir un nuevo marco conceptual del control interno, capaz de integrar las diversas definiciones y conceptos que venían siendo utilizados sobre este tema, logrando así que, al nivel de las organizaciones públicas o privadas, de la auditoría interna o externa, o de los niveles académicos o legislativos, se cuente con un marco conceptual común, una visión integradora que satisfaga las demandas generalizadas de todos los sectores involucrados.

## **DEFINICION Y OBJETIVOS**

El Control Interno es un proceso integrado a los procesos, y no un conjunto de pesados mecanismos burocráticos añadidos a los mismos, efectuado por el consejo de la administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar una garantía razonable para el logro de objetivos incluidos en las siguientes categorías:

- Eficacia y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas.
- Completan la definición algunos conceptos fundamentales:
- El control interno es un proceso, es decir un medio para alcanzar un fin y no un fin en sí mismo.
- Lo llevan a cabo las personas que actúan en todos los niveles, no se trata solamente de manuales de organización y procedimientos.
- Sólo puede aportar un grado de seguridad razonable, no la seguridad total, a la conducción.
- Está pensado para facilitar la consecución de objetivos en una o más de las categorías señaladas las que, al mismo tiempo, suelen tener puntos en común.

Al hablarse del control interno como un proceso, se hace referencia a una cadena de acciones extendida a todas las actividades, inherentes a la gestión e integrados a los demás procesos básicos de la misma: planificación, ejecución y supervisión. Tales acciones se hallan incorporadas (no añadidas) a la infraestructura de la entidad, para influir en el cumplimiento de sus objetivos y apoyar sus iniciativas de calidad.

## **COMPONENTES**

El marco integrado de control que plantea el informe COSO consta de cinco componentes interrelacionados, derivados del estilo de la dirección, e integrados al proceso de gestión:

- Ambiente de control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Supervisión

### **4.4.2 COSO II**

#### **DEFINICIÓN:**

El Enterprise Risk Management (ERM) Es un proceso, efectuado por el Comité Ejecutivo de una Entidad, la Gerencia y demás personal, aplicado en un estratégico conjunto y a través de toda la Empresa, designado para identificar potenciales eventos que puedan afectar a la Entidad, y gerenciar los riesgos de acuerdo al apetito sobre dichos riesgos, para proveer razonable aseguramiento acerca del cumplimiento de los objetivos corporativos.

#### **¿Quién lo hace?**

Lo hace el Comité Ejecutivo, la Gerencia y el personal. Acá tenemos toda la pirámide de la empresa en la cual se soporta esto: el Comité Ejecutivo lo decide, lo aprueba, da los grandes lineamientos; la Gerencia da un paso más para aplicarlo, y, finalmente, todo el personal que está en la base de la pirámide, en las cosas diarias, lleva adelante esto, aplicado en un estratégico conjunto.

No surge espontáneamente a través de toda la empresa. Debe estar diseñado para identificar potenciales eventos que puedan afectar a la entidad: el famoso mapeo o identificación de todo tipo de riesgos que ya teníamos mencionado en el Informe COSO de 1992.

Es importante definir qué riesgos quiero, qué apetito de riesgo estoy dispuesto a asumir y, por lo tanto, cómo lo voy a gerenciar para proveer un razonable aseguramiento o asegurarse acerca del cumplimiento de objetivos corporativos.

El ERM es corporate governance bajado al nivel de toda la empresa y como herramienta sobre la cual después se puede montar todo, desde sistemas de contabilidad a sistemas de información Gerencial y de toma de decisiones.

### **Beneficios:**

- Alinea el apetito de riesgo y la estrategia.
- Relaciona crecimiento riesgo, entorno.
- Amplia las decisiones de respuesta al riesgo..
- Proporciona respuestas integradas a los múltiples riesgos.
- Minimiza sorpresas de y pérdidas operacionales.
- Identifica y administra riesgos de toda la organización.

### **Imagen y continuidad organizacional**

El gerenciamiento de riesgos no es nuevo, pero está disperso en la empresa, y hay que partir del material disponible.

Hay que establecer y comunicar los comportamientos deseados, es decir, cambiar comportamientos sobre la base de todas estas políticas de riesgo y no sencillamente dejar pasar, dejar hacer, sino que está orientado a cambiar el comportamiento. Negociar, hacer negocios teniendo en cuenta los riesgos menos conocidos y más críticos. Los menos conocidos se refieren a la visibilidad del riesgo que nunca está tan expresa; si estuviera tan expresa, la veríamos inmediatamente, sobre todo los más críticos. Todo esto para la acción de la Gerencia. La cual tiene que moverse en pos de todos sus objetivos de continuidad, lo que la lleva a tomar conciencia de ERM.

### **Cultura corporativa**

ERM es un concepto orientado al valor de los accionistas, sobre todo en la filosofía estadounidense, es decir, está totalmente orientado al accionista. ERM es también un concepto orientado a la permanencia de la empresa y la imagen en el largo plazo. Acá

estamos hablando de que esto no es para hoy ni para mañana sino que se trata de que la empresa sea sólida y merezca la inversión del público/inversores. Es para manejar la competencia en los negocios, para asignar capital, para prevenir fraudes, y para mantener la reputación corporativa. O sea, todos los conceptos orientados al valor de la compañía.

**Cuadro 4.1:** Componentes del COSO ERM



Fuente: [www.pwc.com](http://www.pwc.com)

**Ambiente de control:** Refleja el espíritu ético vigente en una entidad respecto del comportamiento de los agentes, la responsabilidad con que encaran sus actividades, y la importancia que le asignan al control interno.

Sirve de base de los otros componentes, ya que es dentro del ambiente reinante que se evalúan los riesgos y se definen las actividades de control tendientes a neutralizarlos. Simultáneamente se capta la información relevante y se realizan las comunicaciones pertinentes, dentro de un proceso supervisado y corregido de acuerdo con las circunstancias.

El ambiente de control define al conjunto de circunstancias que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno y que son por lo tanto determinantes

del grado en que los principios de este último imperan sobre las conductas y los procedimientos organizacionales.

Constituye el andamiaje para el desarrollo de las acciones y de allí deviene su trascendencia, pues como conjunción de medios, operadores y reglas previamente definidas, traduce la influencia colectiva de varios factores en el establecimiento, fortalecimiento o debilitamiento de políticas y procedimientos efectivos en una organización.

**Establecimiento de Objetivos:** La Condición previa para la identificación de eventos, evaluación de riesgos y respuesta al riesgo es por medio del establecimiento de objetivos, los cuales se dividen en:

Objetivos estratégicos:

Consisten en metas de alto nivel que se alinean con y sustentan la misión/visión y reflejan las elecciones estratégicas de la Gerencia sobre cómo la organización buscará crear valor para sus grupos de interés.

Objetivos relacionados:

Deben estar alineados con la estrategia seleccionada y con el apetito de riesgo deseado. Se categorizan en forma amplia en: operativos, confiabilidad de la información y cumplimiento, cada nivel de objetivos se relaciona con objetivos más específicos bajo un esquema de cascada

**Tolerancia al Riesgo:** La tolerancia al riesgo es el nivel aceptable de desviación en relación con el logro de los objetivos. Se alinea con el apetito de riesgo (directamente relacionado con la definición de la estrategia) Al establecer las tolerancias al riesgo, la Gerencia considera la importancia relativa de los objetivos relacionados.

**Identificación de Eventos:** Se deben identificar eventos potenciales que afectan la implementación de la estrategia o el logro de los objetivos, con impacto positivo, negativo o ambos distinguiendo riesgos y oportunidades.

Los eventos con un impacto negativo representan riesgos, los cuales necesitan ser evaluados y administrados.

Los eventos con un impacto positivo representan oportunidades, las cuales son recanalizadas por la Gerencia al proceso de establecimiento de estrategia y objetivos

### **Factores a considerar**

Los eventos pueden provenir de factores internos y externos. La Gerencia debe reconocer la importancia de comprender dichos factores y el tipo de eventos que pueden estar asociados a los mismos

Existen técnicas para identificar eventos ya sean focalizadas en el pasado y otras en el futuro. Existen técnicas de diverso grado de sofisticación.

Ejemplos:

- Inventarios de eventos
- Análisis de información histórica (de la empresa/sector)
- Indicadores de excepción
- Entrevistas y cesiones grupales guiadas por facilitadores
- Análisis de flujos de procesos

**Evaluación De Riesgos:** El control interno ha sido pensado esencialmente para limitar los riesgos que afectan las actividades de las organizaciones. A través de la investigación y análisis de los riesgos relevantes y el punto hasta el cual el control vigente los neutraliza se evalúa la vulnerabilidad del sistema. Para ello debe adquirirse un conocimiento práctico de la entidad y sus componentes de manera de identificar los puntos débiles, enfocando los riesgos tanto a nivel de la organización (internos y externos) como de la actividad.

Permite a la entidad considerar el grado en el cual eventos potenciales podrían impactar en el logro de los objetivos.

La evaluación de riesgos puede realizarse desde dos perspectivas:

- Probabilidad de ocurrencia e impacto: Considera que la evaluación se debe realizar tanto para riesgos inherentes como residuales.
- La metodología de evaluación de riesgos comprende una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

## **Respuesta al Riesgo:**

Una vez evaluado el riesgo, la Gerencia identifica y evalúa posibles respuestas al riesgo en relación al apetito de riesgo de la entidad evaluando posibles respuestas.

Las Respuestas son evaluadas con el objetivo de obtener un riesgo residual alineado con el nivel de tolerancia definido.

En la evaluación de las respuestas al riesgo, la Gerencia considera varios aspectos.

Categorías de respuesta al riesgo:

- Evitarlo: Se toman acciones de modo de discontinuar las actividades que generan riesgo.
- Reducirlo: Se toman acciones de modo de reducir el impacto, la probabilidad de ocurrencia del riesgo o ambos.
- Compartirlo: Se toman acciones de modo de reducir el impacto o la probabilidad de ocurrencia al transferir o compartir una porción del riesgo.
- Aceptarlo: No se toman acciones que afecten el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo

ERM propone que el riesgo sea considerado desde una perspectiva de la entidad en su conjunto o de portafolio de riesgos permite desarrollar una visión de portafolio de riesgos tanto a nivel de unidades de negocio como a nivel de la entidad. Es necesario considerar como los riesgos individuales se interrelacionan.

Permite determinar si el perfil de riesgo residual de la entidad está acorde con su apetito de riesgo global.

**Integración con Respuesta al Riesgo:** Son las políticas y procedimientos necesarios para asegurar que las respuestas al riesgo se llevan a cabo de manera adecuada y oportuna. La selección o revisión de las actividades de control comprende la consideración de su relevancia y adecuación a la respuesta al riesgo y al objetivo relacionado se realizan a lo largo de toda la organización, a todos los niveles y en todas las funciones.



**Actividades De Control:** Están constituidas por los procedimientos específicos establecidos como un reaseguro para el cumplimiento de los objetivos, orientados primordialmente hacia la prevención y neutralización de los riesgos.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la organización y en cada una de las etapas de la gestión, partiendo de la elaboración de un mapa de riesgos según lo expresado en el punto anterior: conociendo los riesgos, se disponen los controles destinados a evitarlos o minimizarlos, los cuales pueden agruparse en tres categorías, según el objetivo de la entidad con el que estén relacionados:· Las operaciones, La confiabilidad de la información financiera, El cumplimiento de leyes y reglamentos

**Información y Comunicación:** Es imprescindible que se cuente con la información periódica y oportuna que deben manejar para orientar sus acciones en consonancia con los demás, hacia el mejor logro de los objetivos. La información relevante debe ser captada, procesada y transmitida de tal modo que llegue oportunamente a todos los sectores permitiendo asumir las responsabilidades individuales.

Está conformada no sólo por datos generados internamente sino por aquellos provenientes de actividades y condiciones externas, necesarios para la toma de decisiones.

**Supervisión:** Incumbe a la dirección la existencia de una estructura de control interno idónea y eficiente, así como su revisión y actualización periódica para mantenerla en un nivel adecuado. Procede la evaluación de las actividades de control de los sistemas a través del tiempo, pues toda organización tiene áreas donde los mismos están en desarrollo, necesitan ser reforzados o se impone directamente su reemplazo debido a que perdieron su eficacia o resultaron inaplicables.

#### 4.4.3 MICIL

En una primera etapa, el marco integrado de Control Interno fue desarrollado por los requerimientos de los auditores externos, como base para determinar el grado de confiabilidad en las operaciones realizadas y las registradas, a partir de su evaluación con el desarrollo de las funciones de control y auditoría profesional las organizaciones han llegado a crear y constituir las “direcciones ejecutivas de auditoría interna” (DEAI) de las entidades y empresas, cuya principal actividad está

dirigida a la evaluación del control interno orientado hacia la evaluación de los riesgos respecto al eficiente uso de los recursos, el eficaz logro de los objetivos para los cuales se creó la entidad

## **COMPONENTES Y FACTORES BÁSICOS DE MICIL**

Como base para el desarrollo y definición del Marco Integrado de Control Interno Latinoamericano (MICIL) utilizaremos la estructura del Informe COSO e identificaremos a sus componentes principales, éstos componentes se encuentran interrelacionados en el proceso de las operaciones de las empresas u organismos y consideramos que son de aplicación general de manera específica son útiles para el diseño del Marco Integrado de Control Interno y de manera general para programar y ejecutar la auto evaluación y la evaluación externa de su funcionamiento y operación.

El proceso y los componentes definidos por el informe COCO (Criteria of Control) están relacionados en forma muy estrecha al marco definido por el informe COSO, y se observa las cualidades y características orientadas a la evaluación de varios de los factores incorporados al marco integrado de control interno y es el enfoque a utilizar en la presentación del Marco Integrado de Control Interno Latinoamericano (MICIL)

Existe la posibilidad de realizar adecuaciones a la realidad y requerimientos de las organizaciones y empresas que operan en América Latina, las que se introducirán al desarrollar los factores que integran los cinco componentes del control interno.

Cabe destacar la importancia que tienen los cinco componentes en el diseño del sistema de control interno institucional. Los niveles administrativos de las entidades tienen la responsabilidad de realizar un análisis del diseño del Control Interno que está funcionando y los componentes básicos detallados en este capítulo incluso el control interno puede calificar en forma cualitativa y cuantitativa, y disponer de una base que justifique la necesidad de introducir mejoras y realizar el análisis comparado más profundo en el futuro

Lo importante es iniciar el proceso de diseño, aplicación y evaluación externa para obtener el resultado que permitirá en un futuro validar las mejoras introducidas para

el funcionamiento de la entidad, para cada componente del control interno y las actividades importantes consideradas en el proceso

### **¿Qué son los componentes del marco integrado de Control Interno?**

El MICIL incluye los cinco componentes de control interno que constituyen la base para construir la pirámide con similares contenidos en los cuatro costados, en una demostración de la solidez del Control Interno institucional para el funcionamiento participativo, organizado, sistematizado, disciplinado y sensibilizado (empoderamiento) del recurso humano para el logro de los objetivos de la organización. Los componentes de control interno son los requisitos básicos para el diseño y funcionamiento del MICIL de una organización o de una actividad importante y son:

- Ambiente de control y trabajo,
- Evaluación de riesgos,
- Actividades de control,
- Información y comunicación, y,
- Supervisión

#### **4.4.4 CORRE**

Marco Integrado - CONTROL DE LOS RECURSOS Y LOS RIESGOS ECUADOR – (CORRE), publicado por el Proyecto Anticorrupción “SÍ SE PUEDE”, en el año 2006.

Con pequeñas modificaciones al concepto general de COSO, al control interno se lo define como: Un proceso, efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto de 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:

- Honestidad y responsabilidad (ver más adelante el concepto de este neologismo)
- Eficacia y eficiencia en las operaciones,
- Fiabilidad de la información,
- Salvaguarda de los recursos; y,

- Cumplimiento de las leyes y normas.

A continuación algunas reflexiones para facilitar la comprensión de la definición:

### **1. El Control Interno como un proceso**

El control interno es un **proceso aplicado en la ejecución de las operaciones de toda la organización**, es una herramienta y un medio utilizado para apoyar la consecución de los objetivos institucionales.

### **2. El Control interno ejecutado por personas**

La principal responsabilidad del diseño y aplicación del control interno asumen las máximas autoridades. Su ejemplo impulsará el ambiente de control en todos los empleados que laboran en las organizaciones.

### **3. Aportar un grado de seguridad razonable**

El control interno aporta seguridad razonable a la dirección superior de la organización, respecto del cumplimiento de los objetivos y la existencia de errores o irregularidades en las operaciones. No aporta seguridad total o absoluta.

### **4. Promover la honestidad y la responsabilidad**

El control interno diseñado y aplicado adecuadamente es el mejor antídoto contra las irregularidades, el fraude y la corrupción en sus diferentes manifestaciones, porque establece la obligación de asumir conducta ética en todos los niveles de organización, como base para su funcionamiento.

### **5. Facilitar la consecución de los objetivos de la organización**

El control interno facilita la consecución de los objetivos de la organización, con eficiencia, economía, ética, transparencia, protección de los recursos, fiabilidad de la información y, cumplimiento de las leyes y otras normativas. Para alcanzar sus objetivos estratégicos, la entidad establece estrategias y objetivos conexos que desea alcanzar, que fluyen en cascada hacia gerencias, departamentos, unidades operativas y procesos.

## 6. Aplicado en toda la Organización

El control interno, debe ser adoptado de manera integral por toda la entidad. Esto requiere que quienes dirijan la organización en todos los niveles, tengan la autoridad necesaria para asumir sus responsabilidades de alcanzar los objetivos.

### COMPONENTES DEL CONTROL DE LOS RECURSOS Y LOS RIESGOS ECUADOR (CORRE)

Para el desarrollo del CORRE, tomamos la estructura del Informe COSO II y sus componentes, agrupados en el siguiente orden:

- I.- Ambiente Interno.
- II.- Establecimiento de Objetivos.
- III.- Identificación de Eventos.
- IV.- Evaluación de Riesgos.
- V.- Respuesta a los Riesgos.
- VI.- Actividades de Control.
- VII.- Información y Comunicación.
- VIII.- Supervisión y Monitoreo.

**Tabla 4.1:** Cuadro resumen de los componentes en los diferentes métodos:

COSO II	COSO	MICIL	CORRE
Ambiente Interno	Igual	Igual	Ambiente Interno.
Establecimiento de Objetivos	-----	-----	Establecimiento de Objetivos.
Identificación de Eventos	-----	-----	Identificación de Eventos.
Evaluación de Riesgos	Igual	Igual	Evaluación de Riesgos.
Respuesta a los riesgos	-----	-----	Respuesta a los Riesgos.
Actividades de Control	Igual	Igual	Actividades de Control.
Información y Comunicación	Igual	Igual	Información y comunicación
Supervisión	Igual	Igual	Control

Elaborado por: La Autora.

## 4.5 Técnicas de Evaluación del Control Interno

Para efectos de evaluación del Sistema de control interno se identifican diferentes formas las cuales se detallan a continuación.

#### **4.5.1 Narrativas**

Consiste en la narración o relato escrito de las distintas operaciones que se realizan en cada área en que se divide funcionalmente la entidad, haciendo constar la persona, grupo de personas o unidad administrativa que ejecuta una acción y el “como” ejecuta esa acción.

Después de preparar esta descripción escrita de los procedimientos de control, generalmente los auditores califican cada sección principal del sistema de control interno como: fuerte, adecuada o débil, existe un control interno débil cuando hay una subdivisión insuficiente de obligaciones como, por ejemplo, cuando un empleado funciona como cajero y como contador.

Esta técnica es utilizada en forma aislada, por varias razones, entre ellas por la aridez de extensas descripciones y por la dificultad de captar en forma inmediata todo un proceso.

La forma y extensión en la aplicación de este procedimiento dependerá desde luego de la práctica y juicio del Contador Público observada al respecto, y que puede consistir en:

A. Preparar sus notas relativas al estudio de la compañía de manera que cubran todos los aspectos de su revisión.

B. Que las notas relativas contengan observaciones únicamente respecto a las deficiencias del control interno encontradas y deben ser mencionadas en sus papeles de trabajo, también cuando el control existente en las otras secciones no cubiertas por sus notas es adecuado.

Siempre deberá tenerse en cuenta la operación en la unidad administrativa precedente y su impacto en la unidad siguiente.

**Ventajas:** El estudio es detallado de cada operación con lo que se obtiene un mejor conocimiento de la empresa.

Se obliga al Auditor a realizar un esfuerzo mental, que acostumbra al análisis y escrutinio de las situaciones establecidas.

**Desventajas:** Se pueden pasar inadvertidos algunas situaciones anormales. No se tiene un índice de eficiencia.

**EJEMPLO:**

**INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES.**  
**PROCEDIMIENTOS PARA ADMINISTRACIÓN DE**  
**RECURSOS**

**06 DE ENERO DE 2007**

Diariamente, el personal que ingresa en cada turno, cuenta lo existente, tanto en instrumental médico, como en medicamentos y se compara con lo que entrega el turno anterior, todo lo que se usa en medicamentos se anota en un cuaderno por turnos, especificando la cantidad y nombre del medicamento, y diariamente en las mañanas una persona de la farmacia se acerca al área y se encarga de revisar la lista de lo utilizado y reponer, de manera que siempre existe el mismo stock. El listado de lo que se repone es enviado a contabilidad para que ellos se encarguen de facturar y tener un control.

Los recursos utilizados siempre se registran en un el recibo correspondiente a cada paciente, para que al final eso se pase a recaudaciones y se lo incluya en la cuenta a cancelar, los mismos que son cruzados con el cuaderno de registro que lleva el personal para evitar confusiones.

El lo que corresponde al instrumental médico se lo maneja de manera similar, la enfermera de turno constata que este todo al iniciar su jornada y de igual manera cuando entrega el turno, cada equipo se entrega armado y esterilizado.

Paola López

07 de enero de 2007

#### **4.5.2 Cuestionarios**

Se basa en la utilización de preguntas sobre diferentes aspectos básicos del sistema o área examinada, las cuales constan en cuestionarios preelaborados y por lo usual se proporciona espacio para comentarios que aclaren aquellas preguntas que no pueden contestarse convenientemente sin discutirlos. Estas preguntas generalmente están orientadas a que sean respondidas con un SI, NO o NO APLICA, por lo regular un SI garantiza el control satisfactorio y un NO una debilidad.

Además los cuestionarios toman normalmente en cuenta las diferentes diferencias entre ineficiencias mayores y menores del control, las indicaciones acerca de las fuentes de información que se usaron para contestar las preguntas, y los comentarios que explican las deficiencias de control

Esta técnica por si sola no proporciona evidencia completa de desviaciones de control y se aconseja combinarla con alguna otra de las descritas.



**Ejemplo: Cuestionario para evaluar el Área de Recursos Humanos**

**INSTITUTO MEDICO DE ESPECIALIDADES  
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO  
AREA DE RECURSOS HUMANOS**

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIO S
		SI	NO	NA	
1	La institución cuenta con una Dirección o Departamento de Personal o Recursos Humanos?.	X			
2	El Reglamento Orgánico- Funcional vigente, define claramente la estructura organizativa del IME?	X			
3	EL IME administra en función de planes y programas? - Ha establecido objetivos de corto o largo plazo? - Los objetivos planteados son de conocimiento del personal? - Se transmiten a los empleados? - Se controla con regularidad el desarrollo de recursos humanos y se confronta con las metas y objetivos determinados?			X	NO EXISTEN PROGRAMAS
4	La planificación de actividades del IME: - Se identifican personas responsables por cada actividad? - Los supervisores preparan planes y programas de trabajo específicos?	X X			
5	Se ha definido políticas para la administración de personal respecto a: 5.1 Contratación de personal 5.2 Selección y Reclutamiento 5.3 Formación y Capacitación 5.4 Evaluación del Desempeño 5.5 Promociones (carrera administrativa) 5.6 Remuneraciones y otros beneficios 5.7 Asignación de funciones según formación y experiencia. 5.8 Rotación de personal			X	NO POSEE POLÍTICAS CLARAS
6	Se han definido sistemas de control y evaluación?		X		
7	Se hace o existe control de gestión en el IME?		X		

No	PREGUNTAS	RESPUESTAS			COMENTARIOS
		SI	NO	NA	
8	Hay un plan de acción para corregir desviaciones en los objetivos, políticas y procedimientos?	X			
9	Tiene el IME, manuales de procedimientos para guiar la gestión que realizan los diferentes empleados?	X			
10	Se examinan y actualizan con regularidad los manuales, reglamentos, procedimientos, políticas y demás normas en materia de administración y gestión para ponerlos en práctica?	X			
11	Se dispone de un manual ocupacional que defina las funciones de cada uno de los empleados y los niveles de autoridad y responsabilidad? 11.1 Es de conocimiento del personal? 11.2 Tiene aplicación en la práctica?		X		

### 4.5.3 Flujogramas

Un cuadro de flujo es un diagrama, una representación simbólica de un sistema o de una serie de procedimientos en que se representa la secuencia de cada procedimiento. Un diagrama de flujo proporciona al auditor experimentado una imagen clara y total del sistema, mostrando la secuencia y naturaleza de las operaciones, división de responsabilidades, distribución de documentos, archivos y lo más importante, las desviaciones o debilidades de control.

Existen dos tipos de gráficas de organización:

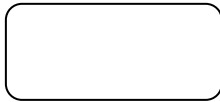
- Cartas Maestras: presentan las relaciones existentes entre los principales departamentos.
- Cartas suplementarias: muestran cada una, la estructura de departamento en forma más detallada.

#### Desventajas.

Pérdida de tiempo cuando no se está familiarizado a este sistema o no cubre las necesidades del Contador Público.

Dificultad para realizar pequeños cambios o modificaciones ya que se debe elaborar de nuevo.

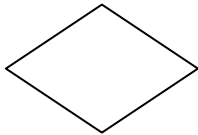
## **SIMBOLOGÍA**



INICIO Y FIN DEL PROCESO



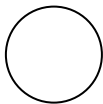
DOCUMENTO PRINCIPAL



DECISION ENTE DOS O TRES ALTERNATIVAS



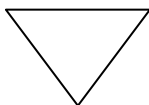
ENTRADA/ SALIDA DE DATOS ENUN SISTEMA DE COMPUTO



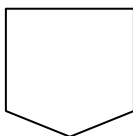
CONECTOR DENTRO DE PÁGINA



DESVIACION ENCONTRADA



ARCHIVO PERMANENTE

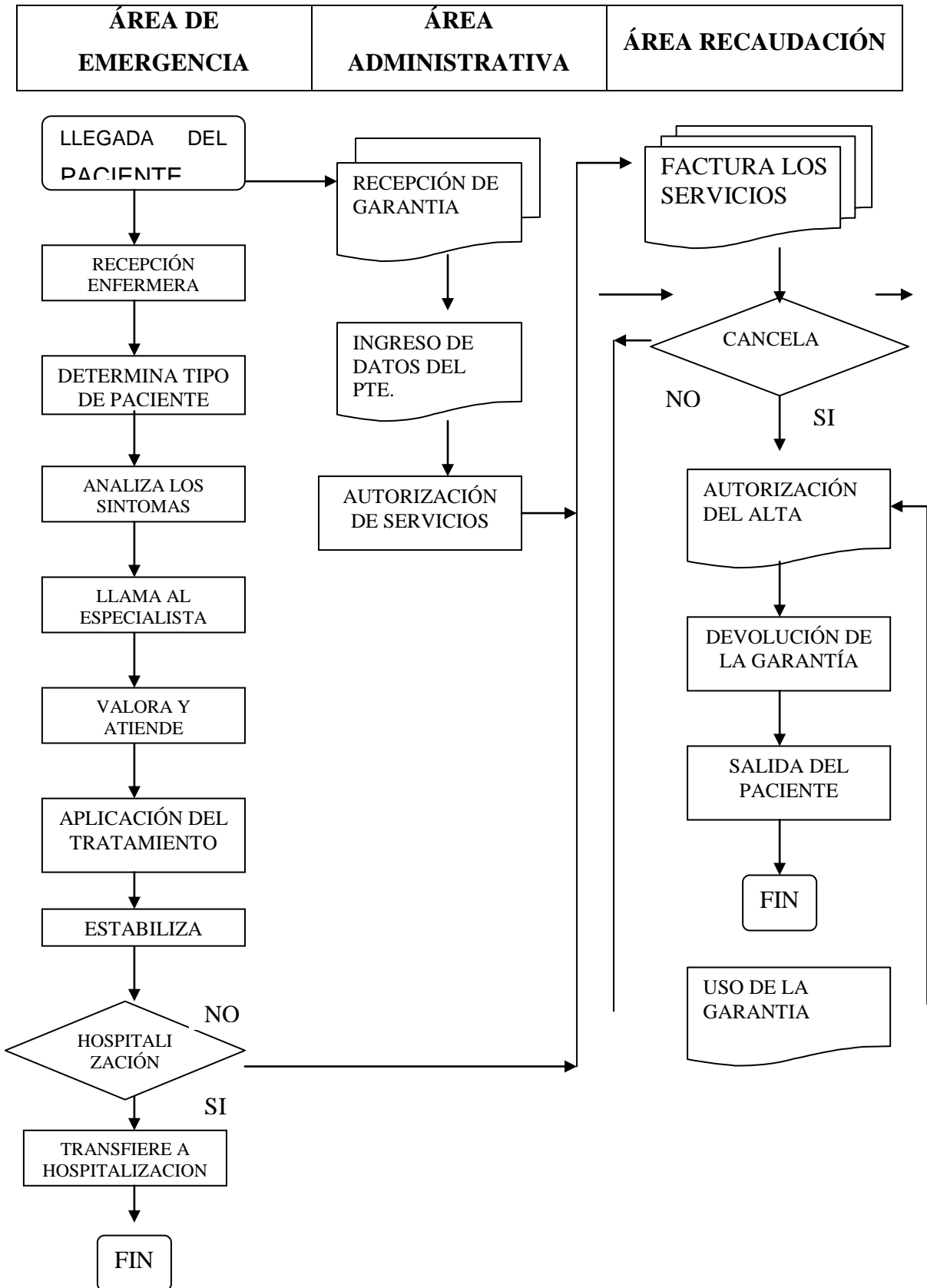


CONECTOR FUERA DE PAGINA



OPERACIÓN MANUAL

**EJEMPLO:**  
**INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES**  
**INGRESO DE UN PACIENTE POR**  
**EMERGENCIAS**



#### 4.5.4 Matriz Foda.

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de [la empresa](#) u [organización](#), permitiendo de esta manera obtener un [diagnóstico](#) preciso que permita en [función](#) de ello tomar decisiones acordes con los [objetivos](#) y [políticas](#) formulados.

El término FODA, es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (en [inglés](#) SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). De entre estas cuatro [variables](#), tanto fortalezas como debilidades son internas de [la organización](#), por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En [cambio](#) las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil [poder](#) modificarlas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta la [empresa](#), y por los que cuenta con una posición privilegiada frente a la [competencia](#). [Recursos](#) que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa [la empresa](#), y que permiten obtener ventajas competitivas.

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la [competencia](#), [recursos](#) de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de [la organización](#).

A continuación, se anexa algunos ejemplos de los ítems que se sugiere analizar en la matriz F.O.D.A.

##### **Fortalezas (de su empresa).**

- Personal médico bien capacitado.
- Calidad total en lo servicios que se presta

- Innovación en Tecnología.
- Misión y Objetivos bien definidos.

#### **Debilidades (de su empresa)**

- Altos costo en mantenimiento de los equipos médicos.
- Retraso en la entrega de medicinas.
- Recursos Humanos sin capacitación.
- Falta de Misión y Objetivos.
- Tecnología obsoleta.

#### **Oportunidades (que tiene su empresa)**

- Posibilidad de incursionar en otras ciudades del país.
- Incremento de la confianza en los centro de atención médica privados.

#### **Amenazas (que corre su empresa)**

- Ingreso de nuevos competidores al sector.
- Disminución de la capacidad adquisitiva de la población

### **4.5.5 Diagrama de Causa y efecto.**

El Diagrama Causa-Efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa (por su creador, el Dr. Kaoru Ishikawa, 1943), ó diagrama de Espina de Pescado y se utiliza en las fases de Diagnóstico y Solución de la causa.

El diagrama de Ishikawa ayuda a graficar las causas del problema que se estudia y analizarlas. Es llamado “Espina de Pescado” por la forma en que se van colocando cada una de las causas o razones que a entender originan un problema. Tiene la ventaja que permite visualizar de una manera muy rápida y clara, la relación que tiene cada una de las causas con las demás razones que inciden en el origen del problema. En algunas oportunidades son causas independientes y en otras, existe una íntima relación entre ellas, las que pueden estar actuando en cadena.

La mejor manera de identificar problemas es a través de la participación de todos los miembros del equipo de trabajo en que se trabaja y lograr que todos los participantes

vayan enunciando sus sugerencias. Los conceptos que expresen las personas, se irán colocando en diversos lugares. El resultado obtenido será un Diagrama en forma de Espina de Ishikawa.

### **SE USA PARA:**

- Visualizar, en equipo, las causas principales y secundarias de un problema.
- Ampliar la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de soluciones.
- Analizar procesos en búsqueda de mejoras.
- Conduce a modificar procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos, con soluciones - muchas veces - sencillas y baratas.

### **¿CÓMO CONSTRUIRLA?**

Establezca claramente el problema (efecto) que va a ser analizado.

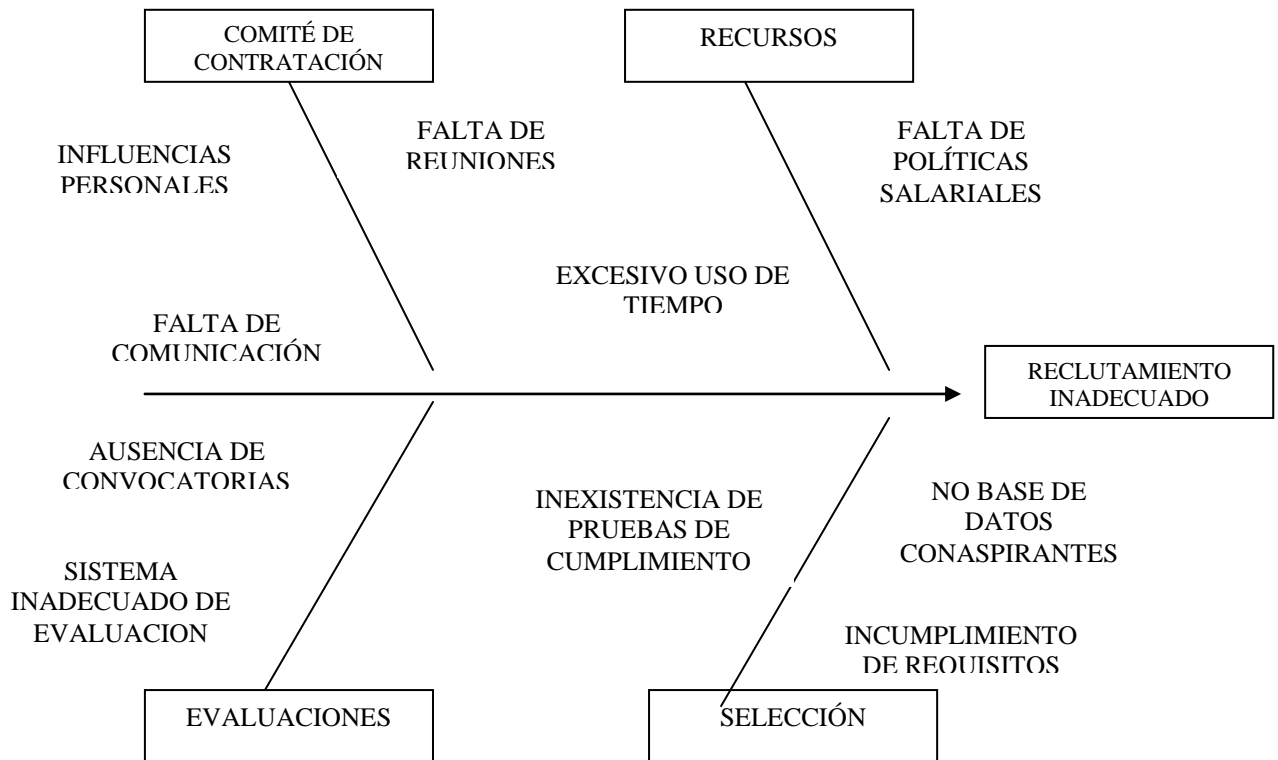
- Diseñe una flecha horizontal apuntando a la derecha y escriba el problema al interior de un rectángulo localizado en la punta de la flecha.



- Haga una "*Lluvia de ideas*" para identificar el mayor número posible de causas que pueda estar contribuyendo para generar el problema, preguntando "¿Por qué está sucediendo?".
- Agrupe las causas en categorías.
- Una forma muy utilizada de agrupamiento es la *4M*: *máquina, mano de obra, método y materiales*.
- Para comprender mejor el problema, busque las subcausas o haga otros diagramas de causa y efecto para cada una de las causas encontradas.
- Escriba cada categoría dentro de los rectángulos paralelos a la flecha principal. Los rectángulos quedarán entonces, unidos por líneas inclinadas que convergen hacia la flecha principal.

- Se pueden añadir las causas y subcausas de cada categoría a lo largo de su línea inclinada, si es necesario.

### EJEMPLO: PROCESO DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL



*La mejor forma para evaluar el Sistema de Control Interno a mi criterio es por medio de la flujo diagramación.*

Este método de evaluación se constituye en el más adecuado, ya que es una representación gráfica que permite describir objetivamente de manera secuencial, lógica y ordenada los procedimientos de las distintas áreas o unidades de una entidad. Al utilizar de manera adecuada los flujogramas el auditor podrá detectar con mayor facilidad aspectos importantes de lo que sucede en el área en estudio.

Constituye una técnica moderna de evaluación por una serie de ventajas que presenta, entre las que podemos destacar:



- Simplifica la tarea de relevamiento.
- Con solo mirar el diagrama se puede determinar, la ausencia o duplicación de controles, autorizaciones, registros, archivos, documentos, entre otros.
- Permite identificar la falta de separación de funciones: inexistencia de niveles de autoridad, incompatibilidad de funciones, exceso de autoridad, falta de integración de funciones afines, etc.
- Por la claridad facilita la supervisión.
- Facilita la tarea de evidenciar una desviación de control.
- Está elaborado con un criterio lógico, porque obedece a la secuencia normal como se ejecutan las actividades en la práctica.
- Inconsistencias en el flujo de la información: falta de información mínima, exceso de información, falta de uso de información, desconocimiento por parte de los usuarios, información inoportuna.

Pese a ser una herramienta muy útil, también puede presentar ciertas desventajas entre ellas:

- Requieren mayor tiempo, habilidad y conocimientos para prepararlos.
- Exigen adquirir un conocimiento previo y profundo de toda la entidad, por lo que se puede requerir de mayor cantidad de recursos.
- Las debilidades de control interno no resaltan tanto como al utilizar otras técnicas como por ejemplo, un cuestionario, razón por la cual es recomendable combinar las técnicas para obtener un mejor resultado.

#### **4.6 Informe Control Interno (Carta a la Gerencia)**

Las deficiencias en el control interno descubiertas mediante el estudio y evaluación de la organización deberán comunicarse al cliente junto con las recomendaciones del auditor para hacer las correcciones del caso. Tratarlas con el gerente es la forma mas efectiva que dispone el auditor para comunicar al cliente lo que haya encontrado, y para explorar la posible línea de conducta.

El contenido de esta plática se resume formalmente y se transmite por escrito, en un informe que se llama *CARTA A LA GERENCIA*, aún cuando no se requiere estas cartas

según las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, es mejor para los intereses del cliente y el auditor tener documentación escrita de sus conversaciones.

Este informe sirve como referencia para la gerencia, y también puede servir para minimizar la responsabilidad del auditor en caso de que posteriormente se descubra una irregularidad importante, que provenga de deficiencias en el control interno.

Generalmente las cartas a la administración se dirigen al comité de auditoría de la junta de directores. La calidad de las recomendaciones de los auditores refleja su experiencia profesional, su habilidad creativa, y la escrupulosidad de su investigación. No existe formato específico para la preparación de las cartas a la gerencia ya que se trata de una comunicación que solo se la envía al cliente, y es conveniente presentar este informe bastante antes de la fecha del balance general.

**EJEMPLO:**

12 de marzo de 20XX

JUNTA DIRECTIVA

INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

IBARRA, JACINTO EGAS Y AV. TEODORO GÓMEZ

Estimados,

Hemos realizado la evaluación del sistema de control interno del Instituto Médico de Especialidades, por el período del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2006 y hemos emitido nuestro informe en esta fecha.

Al planear y ejecutar el examen al sistema de control interno del Instituto Médico de Especialidades determinamos la naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de Auditoría, para evaluar los controles establecidos, y no con el propósito de dar seguridad sobre los mismos.

La Administración del Instituto Médico de Especialidades es responsable de establecer y mantener un Sistema de Control Interno. Para cumplir con esta responsabilidad, se requiere de

estimados y juicios por la Administración para evaluar los beneficios esperados y los costos relacionados con las Políticas y Procedimientos de Control Interno. Los objetivos de un Sistema de Control Interno son proporcionar a la Administración afirmaciones razonables, no absolutas, que los activos están salvaguardados contra pérdidas por uso o disposiciones no autorizadas y que las transacciones son ejecutadas de acuerdo con la autorización de la Administración y documentadas apropiadamente. Debido a limitaciones inherentes a cualquier Sistema de Control Interno, pueden ocurrir errores o irregularidades y no ser detectadas. Además, la proyección de cualquier evaluación de la Estructura a períodos futuros está sujeto a riesgos de que los procedimientos sean inadecuados, debido a cambios en las condiciones o que la efectividad del diseño y operación de Políticas y Procedimientos puedan deteriorarse.

Identificamos ciertos aspectos que involucran el Sistema de Control Interno y su operación que consideramos son condiciones reportables de conformidad con Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y Normas de Auditoría Gubernamental. Las condiciones reportables incluyen aspectos que llaman nuestra atención con respecto a deficiencias significativas en el diseño u operación del Sistema de Control Interno que, a nuestro juicio, podrían afectar en forma adversa la capacidad de la Entidad para registrar, resumir y reportar datos financieros consistentes con las aseveraciones de la Administración en los Estados de Situación Financiera, de Rendimiento Económico, de Flujo de Fondos, y de Ejecución Presupuestaria.

Las condiciones reportables en el Sistema de Control Interno son las siguientes:

Una falla importante es una condición reportable, en la cual el diseño u operación de uno o más de los elementos del Sistema de Control Interno no reduce a un nivel relativamente bajo, el riesgo de que ocurran errores o irregularidades en montos que podrían ser significativos y no ser detectados por los empleados dentro de un período en el curso normal de sus funciones. Nuestra revisión del Sistema de Control Interno no necesariamente identifica todos los aspectos de control interno que podrían ser condiciones reportables y, además no necesariamente revelarían todas las condiciones reportables que son también consideradas fallas importantes, tal como se define anteriormente.

Quito, 12 de diciembre de 2006

Paola López.

#### **4.7 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO.**

El control interno es un proceso efectuado por los directivos de una entidad conjuntamente con todo el personal de la misma, designado para salvaguardar sus recursos y proporcionar una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos.

La necesidad de un sistema adecuado de control interno radica en permitir la fiabilidad en la información y registros, siendo además necesario para disminuir los riesgos de errores e irregularidades; pero es importante que todos los empleados conozcan sus tareas y responsabilidades, y de esta manera coadyuvar al logro de los objetivos.

El control interno llega a todos los niveles de la organización, y no se centraliza en ningún punto determinado, además es imperativo el establecimiento de controles para alcanzar la meta de eficiencia, eficacia, y economía dentro de la organización.

El control interno se basa en cinco componentes básicos que son:

- **Ambiente de Control:** Constituye el compromiso de una organización de dotar de un entorno adecuado para su personal basado en la integridad, valores éticos, filosofía de la gerencia, estructura organizacional, entre otros.
- **Valoración de riesgos:** Toda entidad debe enfrentar riesgos que provienen tanto de fuentes internas como externas, los mismos que deben valorarse, es por eso que este componente identifica, analiza y valora los riesgos relevantes que pudieran obstruir la consecución de los objetivos.
- **Actividades de Control:** Constituyen las políticas y procedimientos que ayudan a asegurar la aplicación de las directrices administrativas necesarias para minimizar los riesgos. Existen actividades de control en todos los niveles y en todas las funciones de la organización.
- **Información y comunicación:** Es necesario contar con un sistema de información confiable que permita que esta fluya de manera oportuna hacia toda la organización, de manera que la dirección este al tanto de lo que sucede para tomar decisiones oportunas, el personal conozca lo que se está realizando en la entidad y como estos deben aportar para la consecución de los objetivos.
- **Control:** Constituye el conjunto de procedimientos o sistemas implantados para evaluar el control interno y la calidad de su rendimiento, permite que el personal

lleve a cabo las actividades de acuerdo a lo planificado y estipulado por la organización, un adecuado control permite identificar posibles desviaciones de manera oportuna.

**Tabla 4.2:** Clases De Controles

<b>POR TIPO</b>	<b>POR ACCIÓN</b>
Control Interno Administrativo	Control Previo
Control Interno Contable	Control Concurrente
	Control Posterior

Para evaluar el sistema de control interno existen cuatro métodos usados que son:

- **COSO:** El denominado "INFORME COSO" sobre control interno, publicado en EE.UU. en 1992, surgió como una respuesta a las inquietudes que planteaban la diversidad de conceptos, definiciones e interpretaciones existentes en torno a la temática referida. La redacción del informe fue encomendada a Coopers & Lybrand.
- **COSO ERM:** Es un proceso, efectuado por el Comité Ejecutivo de una Entidad, la Gerencia y demás personal, aplicado en un estratégico conjunto y a través de toda la Empresa, designado para identificar potenciales eventos que puedan afectar a la Entidad, y gerenciar los riesgos de acuerdo al apetito sobre dichos riesgos, para proveer razonable aseguramiento acerca del cumplimiento de los objetivos corporativos.
- **MICIL:** incluye los cinco componentes de control interno que constituyen la base para construir la pirámide con similares contenidos en los cuatro costados, en una demostración de la solidez del Control Interno institucional para el funcionamiento participativo, organizado, sistematizado, disciplinado y sensibilizado (empoderamiento) del recurso humano para el logro de los objetivos de la organización.
- **CORRE:** Marco Integrado - CONTROL DE LOS RECURSOS Y LOS RIESGOS ECUADOR – (CORRE), publicado por el Proyecto Anticorrupción “SÍ SE

PUEDE”, en el año 2006. Con pequeñas modificaciones al concepto general de COSO, al control interno se lo define como: Un proceso, efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto de personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos

### **Técnicas de Evaluación**

Para evaluar el Control Interno, existen varias técnicas que le permiten al auditor tener idea de cómo se encuentran realizado los diferentes procesos en la organización, y por medio de las cuales se puede detectar posibles irregularidades. las mas utilizadas son:

- Flujogramas
- Cuestionarios
- Narrativas

Existen también otras técnicas que no son muy comunes pero pueden servir de ayuda para el auditor, todo depende de la habilidad que este posea, entre esas están:

- Matriz FODA
- Espina de pescado.

### **CARTA A LA GERENCIA.**

La carta a la gerencia es el documento por medio del cual se comunica los resultados obtenidos en el desarrollo del trabajo realizado, constituye un medio para dejar por escrito y de manera formal todo lo que se comunicó a la gerencia, mas no es un documento que se deba dejar como obligatorio, depende de la manera de trabajar del auditor.

## CAPITULO V

- 5 Evaluación de los controles actuales establecidos en las áreas de Recursos Humanos, Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa.

### **5.1 CALIFICACIÓN DE RIESGOS.**

Para desarrollar este punto y determinar el riesgo inherente, circundante y de detección en las áreas de análisis, he considerado importante utilizar el método de evaluación COSO II a través de la aplicación de cuestionarios.

#### 5.1.1 RECURSOS HUMANOS

## INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE.....AREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	Aclaración - Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>			
1	¿Existe filosofía y estilo de trabajo de la dirección y la gerencia?			
2	¿El personal trabaja en base a la integridad, y los valores éticos?			
3	¿Se ha desarrollado relación de confianza fundamentada en la: Honestidad de los miembros? Apertura? Consistencia? Respeto?			
4	Se ha redefinido la política institucional de acuerdo a los cambios producidos?			
5	Se aplica la competencia profesional y el compromiso con todos los			

	componentes de la organización?			
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>			
6	¿Se han establecido objetivos a largo y mediano plazo?			
7	¿Conoce las políticas y objetivos establecidos por la entidad?			
8	¿Se realiza la formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento?			
	<b>Identificación de eventos</b>			
9	¿Las formas de asignación de responsabilidades y de administración y desarrollo del personal se aplica para todas las áreas?			
10	¿Existen incentivos o reconocimientos en el desarrollo profesional del personal?			
11	¿Se lleva a cabo análisis y valuación de puestos?			
12	¿Existe programa de capacitación y desarrollo de personal?			
	<b>Evaluación del Riesgo</b>			
13	¿Existe estructura: plan organizacional, los reglamentos y los manuales de procedimiento?			
14	¿Se documentan los requerimientos para el reclutamiento y selección del personal?			
15	Existe un proceso que periódicamente revise y actualice los planes estratégicos de toda la empresa? El plan estratégico es revisado y aprobado por la junta directiva?			
	<b>Respuesta al Riesgo</b>			
16	¿Existen procedimientos documentados para efectuar movimientos de personal?			
17	¿Se rota el personal de acuerdo a las necesidades de cada área para agilizar y simplificar el desahogo del trabajo?			
18	¿Se ha motivado y capacitado al			



	personal para asumir mayor control de su trabajo?			
	<b>Actividades de Control</b>			
19	¿Se cuenta con un sistema de administración de personal?			
20	¿Se dispone de inventario de personal, actualizado?			
21	¿Se dispone de información de apoyo para la administración de personal, como: Manual de organización Manual de personal Manual de bienvenida Manual de políticas			
22	¿Se dispone de base de información para efectuar pagos de sueldos, salarios y honorarios?			
	<b>Información y Comunicación</b>			
23	¿Refleja claramente el flujograma del IME las áreas de responsabilidad y las líneas de reporte y comunicación?			
24	¿Hay orientación para los nuevos empleados, o empleados que comienzan en una nueva posición, para conocer la naturaleza y alcance de sus deberes y responsabilidades?			
25	¿Hay un proceso que comunique rápidamente la información urgente a todo el Instituto cuando sea necesario?			
	<b>Supervisión</b>			
26	¿Revisa la gerencia los procedimientos aplicados en Recursos Humanos para asegurarse que los controles están siendo aplicados tal como se esperaba?			
27	¿Existen políticas / procedimientos para asegurar que se toman acciones correctivas de forma oportuna cuando ocurren excepciones en los controles?			
28	¿Toma la gerencia acciones adecuadas y oportunas para corregir deficiencias reportadas por el área?			

## **5.1.2 HOSPITALIZACIÓN**

### INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

#### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE.....AREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	Aclaración – Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>			
1	¿El personal que trabaja en hospitalización tiene código o política de ética?			
2	¿Es apropiada la estructura del área?			
3	¿Existen políticas establecidas para el desarrollo de las diferentes actividades que se realizan en hospitalización?			
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>			
4	Los objetivos del IME, están relacionados con los del área de hospitalización?			
5	¿Existen objetivos específicos para el área de Hospitalización?			
6	¿Las metas del departamento se alinean y sustentan la misión y visión y reflejan las decisiones estratégicas de la Gerencia?			
	<b>Identificación de Eventos</b>			
7	¿La estructura organizacional, es adecuada para el tamaño, actividades operacionales y ubicación de la compañía?			
8	¿Es clara la asignación de responsabilidades?			
9	¿Existe un stock de medicinas adecuado?			
	<b>Evaluación del Riesgo</b>			
10	¿Se han realizado reorganizaciones o reestructuraciones internas?			
11	¿Han ingresado empleados nuevos?			

12	¿Se realiza rotación del personal ya existente?			
13	¿Ha notado aceleración del crecimiento en el área de hospitalización?			
	<b>Respuesta al Riesgo</b>			
14	¿Toma la gerencia acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos?			
15	¿El stock de medicinas es repuesto frecuentemente?			
16	¿Se realiza el almacenaje de las existencias en un lugar seguro?			
	<b>Actividades de Control</b>			
17	¿Hay un adecuada segregación de actividades incompatibles?			
18	¿Se ha implementado nuevos sistemas, procedimientos y tecnologías en los procesos que se realizan?			
19	¿Existen nuevos servicios, actividades o funciones?			
	<b>Información y Comunicación</b>			
20	¿Existe un nivel suficiente de coordinación entre las funciones de Hospitalización con otras áreas afines como por ejemplo emergencia, farmacia?			
21	¿Se ha comunicado eficazmente el compromiso de la gerencia a la integridad y comportamiento ético en el personal??			
22	¿Se comunican los deberes y responsabilidades de cada empleado?			
	<b>Supervisión</b>			
23	¿Son las existencias (medicinas, instrumental médico) sometidas a recuentos periódicos, para verificar la veracidad de las mismas?			
24	¿Es apropiado el método empleado para la recepción de medicinas e instrumental en los diferentes turnos?			
25	¿Se realizan reportes mensuales de desempeño de los trabajadores?			

### **5.1.3 EMERGENCIA**

## INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA

NOMBRE.....AREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	Aclaración – Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>			
1	¿Revisa y modifica la gerencia la estructura organizacional del IME?			
2	¿Existe un manual de funciones donde se especifica claramente las actividades a realizarse en cada puesto?			
3	¿Existen filosofía, valores y principios claramente establecidos?			
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>			
4	¿Existen objetivos específicos para el área de emergencia?			
5	¿Las actividades que se realizan se lo hacen en virtud de la consecución de los objetivos planteados?			
6	¿Se establecen metas mensuales para el área?			
	<b>Identificación de Eventos</b>			
7	¿Tiene el personal la capacidad y entrenamiento necesario para el nivel de responsabilidad asignado?			
8	¿Se encuentran reglamentados los tiempos para la atención al cliente?			
9	¿Existe revisión de la valoración que se sobre el paciente que ingresa por emergencia?			
	<b>Evaluación de Riesgos</b>			
10	¿Existe segregación de funciones?			
11	¿La cantidad de medicinas existentes en stock es la adecuada?			
12	¿El número de personas que se asigna por cada turno es suficiente de			

	acuerdo a la demanda de pacientes?			
	<b>Respuesta al Riesgo</b>			
13	¿Son comparadas las entregas de farmacia con las existencias reales y con las cantidades autorizadas?			
14	¿El personal cuenta con suficiente capacitación para la atención de los diferentes tipos de pacientes que ingresan?			
15	¿Se encuentran documentados los procedimientos para autorización de tratamientos hacia el paciente?			
	<b>Actividades de Control</b>			
16	¿Hay disposiciones escritas sobre la forma de realizar cada proceso?			
17	¿Se han establecidos tiempos para la atención del paciente?			
18	¿Hay documentación oportuna y apropiada de lo que se realiza con el paciente?			
	<b>Información y Comunicación</b>			
19	¿Existe un mecanismo establecido para educar y comunicar regularmente a la gerencia y los empleados la importancia de los controles internos?			
20	¿Son comunicados y discutidos con la gerencia los diagnósticos nuevos que pueden presentar los pacientes?			
21	¿Existe un proceso establecido para comunicar y contactar a los diferentes especialistas en caso de necesitarlos?			
	<b>Supervisión</b>			
22	Se realizan análisis de actividades efectuados por la dirección?			
23	¿Hay un seguimiento y revisión por parte de los responsables de las diversas funciones o actividades que realiza el personal médico?			
24	¿Se ejecutan controles físicos de la existencia en el área (medicinas, instrumental médico, equipos)?			
25	¿Se han implementado dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos de área y registros de los pacientes?			

## **5.1.4 CONSULTA EXTERNA**

### INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

#### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN CONSULTA EXTERNA

NOMBRE.....AREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	Aclaración - Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>			
1	¿La estructura organizacional es claramente establecida?			
2	¿Existe planificación estratégica definida (Misión, visión, objetivos, principios, valores)?			
3	¿Existe un código de ética que se aplique en el IME?			
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>			
4	¿Conoce los objetivos establecidos para Consulta externa?			
5	¿Se realiza la formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento?			
6	¿Se analiza que las actividades que se realizan colaboren con la consecución de los objetivos planteados?			
	<b>Identificación de Eventos</b>			
7	¿Se destina un porcentaje del valor de las consultas para la entidad ?			
8	¿El valor de la alícuota es el mismo para todos los consultorios?			
9	¿Se establecen procedimientos por la gerencia para revisar y realizar un adecuado seguimiento de la información contable, relativa a los gastos por mantenimiento es la adecuada?			

	<b>Evaluación del Riesgo</b>			
10	¿Existen políticas para establecer el costo de la consulta?			
11	¿El valor de la consulta es la misma para todas las especialidades?			
12	¿Se requiere una aprobación por escrito para la venta, o implementación de un nuevo consultorio?			
	<b>Respuesta al Riesgo</b>			
13	¿Existe una persona que se encargue de administrar los ingresos por consultas?			
14	¿Se verifica un seguimiento periódico del plan estratégico?			
15	¿Se examina la rentabilidad de las diversas unidades de negocio?			
	<b>Actividades de Control</b>			
16	Hay disposiciones escritas sobre la forma de cobro de las alícuotas?			
17	Se emite algún tipo de documento como constancia del pago de la consulta?			
18	Se realizan reportes mensuales de los gastos incurridos?			
	<b>Información y Comunicación</b>			
19	¿Se cuenta con información acerca del número de pacientes que acuden?			
20	¿Se realizan reuniones periódicas para dar a conocer lo realizado por cada especialista?			
21	¿Se han establecido mecanismos de comunicación claros, para toma de decisiones?			
	<b>Supervisión</b>			
22	¿Se realizan reportes mensuales de los gastos incurridos?			
23	¿Se presentan informes de labores a la gerencia?			
24	¿Existe una tarifa oficial de precios y una política predefinida de descuentos y devoluciones?			





## 5.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

### 5.2.1 ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

## INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE.....ÁREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>					
1	¿Existe filosofía y estilo de trabajo de la dirección y la gerencia?	X		10	9	
2	¿El personal trabaja en base a la integridad, y los valores éticos?	X		10	10	
3	¿Se ha desarrollado relación de confianza fundamentada en la: Honestidad de los miembros? Apertura? Consistencia? Respeto?	X		10	9	
4	Se ha redefinido la política institucional de acuerdo a los cambios producidos?		X	10	0	
5	Se aplica la competencia profesional y el compromiso con todos los componentes de la	X		10	9	

	organización?					
Nº	PREGUNTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>					
6	¿Se han establecido objetivos a largo y mediano plazo?		X	10	1	
7	¿Conoce las políticas y objetivos establecidos por la entidad?		X	10	0	
8	¿Se realiza la formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento?		X	10	1	
	<b>Identificación de eventos</b>					
9	¿Las formas de asignación de responsabilidades y de administración y desarrollo del personal se aplican para todas las áreas?	X		10	9	
10	¿Existen incentivos o reconocimientos en el desarrollo profesional del personal?		X	10	4	
11	¿Se lleva a cabo análisis y valuación de puestos?		X	10	0	
12	¿Existen programas de capacitación y desarrollo de personal?	X		10	10	

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
	<b>Evaluación del Riesgo</b>					
13	¿Existe estructura: plan organizacional, los reglamentos y los manuales de procedimiento?		X	10	5	EXISTE SOLO UN REGLAMENTO INTERNO
14	¿Se documentan los requerimientos para el reclutamiento y selección del personal?	X		10	9	
15	Existe un proceso que periódicamente revise y actualice los planes estratégicos de toda la empresa? El plan estratégico es revisado y aprobado por la junta directiva?		X	10	1	
	<b>Respuesta al Riesgo</b>					
16	¿Existen procedimientos documentados para efectuar movimientos de personal?		X	10	0	
17	¿Se rota el personal de acuerdo a las necesidades de cada área para agilizar y simplificar el desahogo del trabajo?	X		10	8	

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
18	¿Se ha motivado y capacitado al personal para asumir mayor control de su trabajo?	X		10	9	
	<b>Actividades de Control</b>					
19	¿Se cuenta con un sistema de administración de personal?		X	10	3	
20	¿Se dispone de inventario de personal, actualizado?		X	10	0	
21	¿Se dispone de información de apoyo para la administración de personal, como: Manual de organización Manual de personal Manual de bienvenida Manual de políticas		X	10	3	SOLO EXISTE UN REGLAMENTO INTERNO GENERAL
22	¿Se dispone de base de información para efectuar pagos de sueldos, salarios y honorarios?	X		10	9	
	<b>Información y Comunicación</b>					
23	¿Refleja claramente el flujograma del IME las áreas de responsabilidad y las líneas de		X	10	2	

	reporte y comunicación?					
<b>Nº</b>	<b>PREGUNTA DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PONDERACIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>Aclaración - Observaciones</b>
24	¿Hay orientación para los nuevos empleados, o empleados que comienzan en una nueva posición, para conocer la naturaleza y alcance de sus deberes y responsabilidades?		X	10	5	
25	¿Hay un proceso que comunique rápidamente la información urgente a todo el Instituto cuando sea necesario?		X	10	3	
	<b>Supervisión</b>					
26	¿Revisa la gerencia los procedimientos aplicados en Recursos Humanos para asegurarse que los controles están siendo aplicados tal como se esperaba?	X		10	9	
27	¿Existen políticas / procedimientos para asegurar que se toman acciones correctivas de forma oportuna cuando ocurren excepciones en los controles?		X	10	2	
28	¿Toma la gerencia acciones adecuadas y oportunas para corregir deficiencias reportadas por el área?	X		10	9	

	<b>TOTAL</b>			<b>280</b>	<b>139</b>	
--	--------------	--	--	------------	------------	--

**CALIFICACIÓN DEL RIESGO.**

**CR = CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

**CT = CALIFICACIÓN TOTAL**

**PT = PONDERACIÓN TOTAL**

$$\mathbf{CR = \frac{CT \times 100}{PT}}$$

$$\mathbf{CT = \frac{139 \times 100}{280}}$$

**CT = 49.64%**

**Tabla 5.1:** Matriz de riesgo del área de Recursos Humanos

<b>RIESGO DE CONTROL</b>		
<b>ALTO</b>	MODERADO	BAJO
<b>15 – 50%</b>	<b>51 – 70%</b>	<b>76 – 95%</b>
<b>BAJO</b>	MODERADO	ALTO
<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>		

5.2.2 ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

## INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE.....ÁREA.....

CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración – Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>					
1	¿El personal que trabaja en hospitalización tiene código o política de ética?	X		10	6	EL CODIGO DE ETICA GENERAL PARA SALUD
2	¿Es apropiada la estructura del área?	X		10	7	
3	¿Existen políticas establecidas para el desarrollo de las diferentes actividades que se realizan en hospitalización?		X	10	3	
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>					
4	Los objetivos del IME, están relacionados con los del área de hospitalización?	X		10	9	
5	¿Existen objetivos específicos para el área de Hospitalización?		X	10	5	

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración – Observaciones
6	Las metas del departamento se alinean y sustentan la misión y visión y reflejan las decisiones estratégicas de la Gerencia	X		10	9	
	<b>Identificación de Eventos</b>					
7	¿La estructura organizacional, es adecuada para el tamaño, actividades operacionales y ubicación de la compañía?	X		10	9	
8	¿Es clara la asignación de responsabilidades?	X		10	9	
9	¿Existe un stock de medicinas adecuado?	X		10	9	
	<b>Evaluación del Riesgo</b>					
10	¿Se han realizado reorganizaciones o reestructuraciones internas?	X		10	9	
11	¿Han ingresado empleados nuevos?	X		10	9	
12	¿Se realiza rotación del personal ya existente?	X		10	9	
13	Ha notado aceleración del crecimiento en el área de	X		10	9	



	hospitalización?					
	<b>Respuesta al Riesgo</b>					
<b>Nº</b>	<b>PREGUNTA DE VERIFICACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PONDERACIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>Aclaración – Observaciones</b>
14	¿Toma la gerencia acciones disciplinarias apropiadas en respuesta a las desviaciones de políticas y procedimientos?	X		10	9	
15	¿El stock de medicinas es repuesto frecuentemente?	X		10	10	
16	¿Se realiza el almacenaje de las existencias en un lugar seguro?	X		10	9	
	<b>Actividades de Control</b>					
17	¿Hay un adecuada segregación de actividades incompatibles?	X		10	9	
18	Se ha implementado nuevos sistemas, procedimientos y tecnologías en los procesos que se realizan?		X	10	5	
19	¿Existen nuevos servicios, actividades o funciones?		X	10	5	
	<b>Información y Comunicación</b>					
20	¿Existe un nivel suficiente de coordinación entre las funciones de	X		10	10	

	Hospitalización con otras áreas afines como por ejemplo emergencia, farmacia?					
<b>Nº</b>	<b>PREGUNTA DE VERIFICACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PONDERACIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>Aclaración – Observaciones</b>
21	¿Se ha comunicado eficazmente el compromiso de la gerencia a la integridad y comportamiento ético en el personal?		X	10	5	
22	Se comunican los deberes y responsabilidades de cada empleado?		X	10	3	
	<b>Supervisión</b>					
23	¿Son las existencias (medicinas, instrumental médico) sometidas a recuentos periódicos, para verificar la veracidad de las mismas?	X		10	9	
24	¿Es apropiado el método empleado para la recepción de medicinas e instrumental en los diferentes turnos?	X		10	9	
25	¿Se realizan reportes mensuales de desempeño de los trabajadores?		X	10	3	
	<b>TOTAL</b>			<b>250</b>	<b>188</b>	

**CALIFICACIÓN DEL RIESGO.**

**CR = CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

**CT = CALIFICACIÓN TOTAL**

**PT = PONDERACIÓN TOTAL**

$$\mathbf{CR = \frac{CT \times 100}{PT}}$$

$$\mathbf{CT = \frac{188 \times 100}{250}}$$

$$\mathbf{CT = 75.2\%}$$

**Tabla 5.2:** Matriz de riesgo del área de Hospitalización

RIESGO DE CONTROL		
ALTO	MODERADO	BAJO
15 – 50%	51 – 70%	76 – 95%
BAJO	MODERADO	ALTO
NIVEL DE CONFIANZA		



5.2.3 ÁREA DE EMERGENCIA

**INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA**

**NOMBRE.....AREA.....**

**CARGO.....PERIODO EXAMINADO.....**

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración – Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>					
1	¿Revisa y modifica la gerencia la estructura organizacional del IME?		X	10	5	
2	¿Existe un manual de funciones donde se especifica claramente las actividades a realizarse en cada puesto?	X		10	7	EN EL REGLAMENTO INTERNO SE DETALLAN LAS FUNCIONES POR AREA, NO POR PUESTOS
3	¿Existen filosofía, valores y principios claramente establecidos?		X	10	5	
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>					
4	¿Existen objetivos específicos para el área de emergencia?		X	10	5	EXISTEN OBJETIVOS GENERALES
5	¿Las actividades que se realizan se lo hace en virtud de la consecución de los objetivos planteados?	X		10	8	

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración – Observaciones
6	¿Se establecen metas mensuales para el área?		X	10	3	
	<b>Identificación de Eventos</b>					
7	¿Tiene el personal la capacidad y entrenamiento necesario para el nivel de responsabilidad asignado?	X		10	10	
8	¿Se encuentran reglamentados los tiempos para la atención al cliente?	X		10	9	
9	¿Existe revisión de la valoración que se tiene sobre el paciente que ingresa por emergencia?	X		10	9	
	<b>Evaluación de Riesgos</b>					
10	¿Existe segregación de funciones?	X		10	8	
11	¿La cantidad de medicinas existentes en stock es la adecuada?	X		10	10	
12	El número de personas que se asigna por cada turno es suficiente de acuerdo a la demanda de pacientes?	X		10	9	
	<b>Respuesta al Riesgo</b>					
13	¿Son comparadas las entregas de farmacia con las	X		10	10	

	existencias reales y con las cantidades autorizadas?					
14	¿El personal cuenta con suficiente capacitación para la atención de los diferentes tipos de pacientes que ingresan?	X		10	9	
15	¿Se encuentran documentados los procedimientos para autorización de tratamientos hacia el paciente?	X		10	10	
	<b>Actividades de Control</b>					
16	¿Hay disposiciones escritas sobre la forma de realizar cada proceso?		X	10	3	
17	¿Se han establecidos tiempos para la atención del paciente?	X		10	9	
18	¿Hay documentación oportuna y apropiada de lo que se realiza con el paciente?	X		10	10	
	<b>Información y Comunicación</b>					
19	¿Existe un mecanismo establecido para educar y comunicar regularmente a la gerencia y los empleados la importancia de los controles internos?		X	10	3	

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración – Observaciones
20	¿Son comunicados y discutidos con la gerencia los diagnósticos nuevos que pueden presentar los pacientes?	X		10	9	
21	¿Existe un proceso establecido para comunicar y contactar a los diferentes especialistas en caso de necesitarlos?	X		10	9	
	<b>Supervisión</b>					
22	Se realizan análisis de actividades efectuados por la dirección?	X		10	9	
23	¿Hay un seguimiento y revisión por parte de los responsables de las diversas funciones o actividades que realiza el personal médico?	X		10	10	
24	¿Se ejecutan controles físicos de las existencias en el área (medicinas, instrumental médico, equipos)?	X		10	10	
25	¿Se han implementado dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos de área y registros de los pacientes?	X		10	9	
	<b>TOTAL</b>			<b>250</b>	<b>198</b>	



**CALIFICACIÓN DEL RIESGO.**

**CR = CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

**CT = CALIFICACIÓN TOTAL**

**PT = PONDERACIÓN TOTAL**

$$\mathbf{CR = \frac{CT \times 100}{PT}}$$

$$\mathbf{CT = \frac{198 \times 100}{250}}$$

$$\mathbf{CT = 79.2\%}$$

**Tabla 5.3:** Matriz de riesgo del área de Emergencia

RIESGO DE CONTROL		
ALTO	MODERADO	BAJO
15 – 50%	51 – 70%	71 – 95%
BAJO	MODERADO	ALTO
NIVEL DE CONFIANZA		

5.2.4 ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

**INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES**  
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO EN CONSULTA**  
**EXTERNA**

**NOMBRE**.....**AREA**.....

**CARGO**.....**PERIODO EXAMINADO**.....

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
	<b>Ambiente de Control</b>					
1	¿La estructura organizacional es claramente establecida?		X	10	5	
2	¿Existe planificación estratégica definida (Misión, visión, objetivos, principios, valores)		X	10	4	
3	¿Existe un código de ética que se aplique en el IME?	X		10	8	
	<b>Establecimiento de Objetivos</b>					
4	¿Conoce los objetivos establecidos para Consulta externa?		X	10	0	
5	¿Se realiza la formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento?		X	10	0	
6	¿Se analiza que las actividades que se realizan colaboren con la consecución de los objetivos	X		10	7	

	planteados?					
Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
	<b>Identificación de Eventos</b>					
7	¿Se destina un porcentaje del valor de las consultas para la entidad ?		X	10	5	
8	¿El valor de la alícuota es el mismo para todos los consultorios?		X	10	8	EL VALOR ES DE ACUERDO AL TAMAÑO DEL CONSULTORIO
9	¿Se establecen procedimientos por la gerencia para revisar y realizar un adecuado seguimiento de la información contable, relativa a los gastos por mantenimiento es la adecuada?	X		10	9	
	<b>Evaluación del Riesgo</b>					
10	¿Existen políticas para establecer el costo de la consulta?		X	10	0	
11	¿El valor de la consulta es la misma para todas las especialidades?		X	10	6	LA ESTABLECE CADA ESPECIALISTA
12	¿Se requiere una aprobación por escrito para la venta, o implementación de un nuevo consultorio?	X		10	9	
	<b>Respuesta al Riesgo</b>					

Nº	PREGUNTA DE VERIFICACION	SI	NO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	Aclaración - Observaciones
13	¿Existe una persona que se encargue de administrar los ingresos por consultas?		X	10	0	
14	¿Se verifica un seguimiento periódico del plan estratégico?		X	10	1	
15	¿Se examina la rentabilidad de las diversas unidades de negocio?	X		10	9	
	<b>Actividades de Control</b>					
16	Hay disposiciones escritas sobre la forma de cobro de las alícuotas?		X	10	0	
17	Se emite algún tipo de documento como constancia del pago de la consulta?	X		10	8	
18	Se realizan reportes mensuales de los gastos incurridos?	X		10	9	
	<b>Información y Comunicación</b>					
19	¿Se cuenta con información acerca del número de pacientes que acuden?		X	10	3	
20	¿Se realizan reuniones periódicas para dar a conocer lo realizado por cada especialista?	X		10	9	
21	¿Se han establecido mecanismos de comunicación?		X	10	0	

	claros, para toma de decisiones?					
<b>Nº</b>	<b>PREGUNTA DE VERIFICACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PONDERACIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>Aclaración - Observaciones</b>
	<b>Supervisión</b>					
22	¿Se realizan reportes mensuales de los gastos incurridos?	X		10	9	
23	¿Se presentan informes de labores a la gerencia?		X	10	3	
24	¿Existe una tarifa oficial de precios y una política predefinida de descuentos y devoluciones?		X	10	3	
	<b>TOTAL</b>			<b>240</b>	<b>115</b>	

### CALIFICACIÓN DEL RIESGO.

**CR** = CALIFICACIÓN DEL RIESGO

**CT** = CALIFICACIÓN TOTAL

**PT** = PONDERACIÓN TOTAL

$$\mathbf{CR = \frac{CT \times 100}{PT}}$$

$$\mathbf{CT = \frac{115 \times 100}{240}}$$

$$\mathbf{CT = 47.92\%}$$

**Tabla 5.4:** Matriz de riesgo del área de Consulta Externa

RIESGO DE CONTROL		
ALTO	MODERADO	BAJO
15 – 50%	51 – 70%	71 – 95%
BAJO	MODERADO	ALTO
NIVEL DE CONFIANZA		

### **5.3 MATRIZ DE ORGANIZACIÓN**

Con la finalidad de definir funciones y determinar quien realiza la supervisión y control de las actividades en el IME, he considerado señalar a través de la utilización de las técnicas de evaluación de Control Interno (flujogramas, narrativas, cuestionarios, matriz foda), como se encuentran actualmente los procesos realizados en las diferentes áreas de análisis.

#### **5.3.1 ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:**

Para el presente trabajo se ha considerado evaluar los procesos mas significativos que se detallan a continuación:

##### **1. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS.**

###### **INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES.**

## **PROCEDIMIENTOS PARA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS**

**06 DE ENERO DE 2007**

Todo el instrumental médico está inventariado, el inventario se los realiza una vez al año, para constatar lo existente en las diferentes áreas, de esto se encarga el personal administrativo.

Diariamente, el personal que ingresa en cada turno, cuenta lo existente, tanto en instrumental médico, como en medicamentos y se compara con lo que entrega el turno anterior, todo lo que se usa en medicamentos se anota en un cuaderno por turnos, especificando la cantidad y nombre del medicamento, y diariamente en las mañanas una persona de la farmacia se acerca al área y se encarga de revisar la lista de lo utilizado y reponer, de manera que siempre existe el mismo stock. El listado de lo que se repone es enviado a contabilidad para que ellos se encarguen de facturar y tener un control.

Los recursos utilizados siempre se registran en un el recibo correspondiente a cada paciente, para que al final eso se pase a recaudaciones y se lo incluya en la cuenta a cancelar, los mismos que son cruzados con el cuaderno de registro que lleva el personal para evitar confusiones.

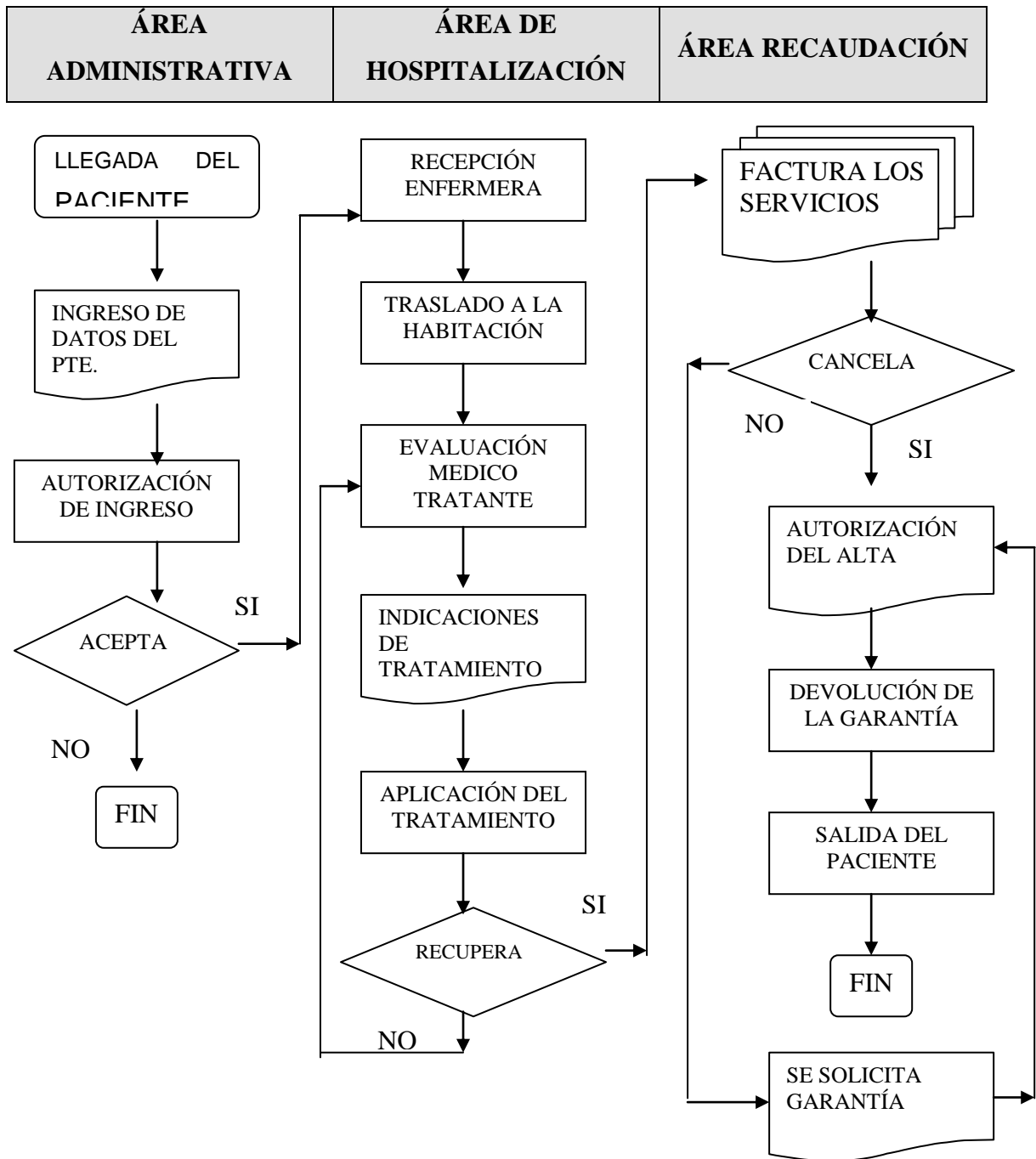
El lo que corresponde al instrumental médico se lo maneja de manera similar, la enfermera de turno constata que este todo al iniciar su jornada y de igual manera cuando entrega el turno, cada equipo se entrega armado y esterilizado. En caso de que alguna pieza o instrumento se dañe, se lo reporta a la jefe de enfermeras quien se encarga de elaborar un acta para dar de baja el equipo y enviar a la administración. Igual trato se da a la ropa que se usa.

Paola López

07 de enero de 2007



## 2. ATENCIÓN AL PACIENTE.

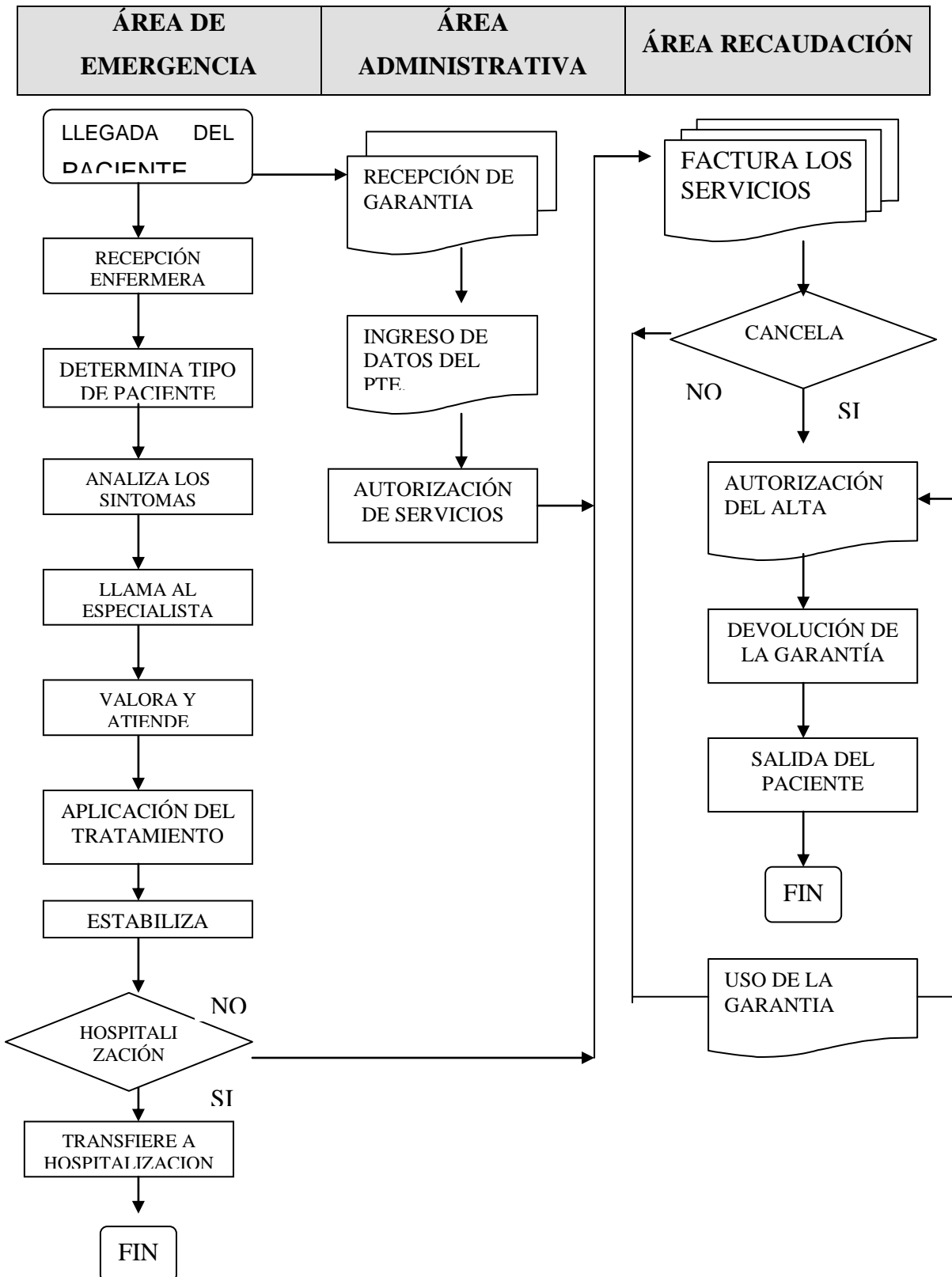


ELABORADO POR: LA AUTORA

### 5.3.2 ÁREA DE EMERGENCIA.

Los procesos más importantes son:

#### 1. ATENCIÓN DEL PACIENTE.



## **2. TIEMPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.**

# **INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES. PROCEDIMIENTOS PARA ADMINISTRACIÓN DE TIEMPO**

**06 DE ENERO DE 2007**

Cuando ingresa un paciente por emergencia, la enfermera de turno se encarga de recibir al paciente, y analizar el tipo de paciente que es (crítico, leve), para inmediatamente llevarlo al área que corresponde dentro de emergencia, mientras tanto la auxiliar de turno contacta al especialista que corresponde para atender al paciente, siempre existe una lista con tres especialistas por área, si el médico al que se le llamo no llega a la Clínica en quince minutos, se llama al siguiente especialista de la lista, esto en caso de que sea en el día.

Si la emergencia se presenta en la noche, se realiza el mismo procedimiento con la diferencia de que el paciente es atendido inmediatamente por el médico residente, y solo en caso de que este no pueda atender solo la emergencia y se necesite un especialista se llama al médico para que acuda inmediatamente.

El personal se maneja de acuerdo a las necesidades, siempre existe una enfermera y una auxiliar en el área, pero en caso de existir muchas emergencias, se solicita a la auxiliar de otra área como hospitalización que acuda a emergencia con el objetivo de dar la atención pronta a los pacientes, de no ser suficiente esta, existe también un listado de enfermeras a las que se las llama cuando la demanda de pacientes es alta.

Paola López

07 de enero de 2007

### **5.3.3 ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.**

Los procesos a evaluar en ésta área debido a su importancia son:

#### **1. ESTABLECIMIENTO DE COSTOS.**

##### **INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES.**

## **PROCEDIMIENTOS PARA ESTABLECIMIENTO DEL COSTO DE LA CONSULTA**

**06 DE ENERO DE 2007**

En el Instituto Médico de Especialidades no se tienen establecidas políticas para el cobro de la consulta, éste se establece de acuerdo a la especialidad y al criterio de cada uno de los médicos.

Cada médico decide cual es el valor base para el cobro de la consulta, pero este puede variar de acuerdo a lo que se realice en la consulta o si se necesitó ya sea medicinas o la ejecución de algún procedimiento específico que no sea parte de la consulta normal, pero es el médico especialista quien fija el valor final.

En cada uno de los pisos del edificio de consulta externa existe una persona encargada de la recepción de los pacientes, quien en algunos casos también se encarga de cobrar el valor de la consulta si así establece el médico, en este caso ella elabora un registro de los pacientes atendidos y al final del día presenta este al paciente y le entrega el dinero recolectado por las citas.

En caso de que el médico no desee que los cobros los realice la recepcionista del piso, lo hace el mismo de acuerdo a como este decida hacerlo.

Paola López

07 de enero de 2007

## 2. HORARIOS DE ATENCIÓN

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Especialistas capacitados</li><li>• Existen especialistas en todas las áreas</li><li>• En la mayoría de áreas existe mas de un médico.</li><li>• Facilidades de pago</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Existen servicios de atención complementarios</li><li>• Tecnología de punta en las diferentes áreas.</li><li>• Buena ubicación</li><li>•</li></ul>

<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No existen horarios fijos.</li><li>• Cada médico se maneja independientemente</li><li>• La atención se brinda de acuerdo a la disponibilidad del médico no del paciente</li><li>• No tiene establecido objetivos de atención al paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No posee un sistema de inteligencia de mercado</li><li>• El número de competidores es alto.</li><li>• No existe un plan de marketing, que promocióne los servicios</li></ul>

### **5.3.4 ÁREA DE RECURSOS HUMANOS.**

Los procedimientos a evaluar son:

#### **1. ELABORACIÓN DE TURNOS.**

## **INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES. PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE TURNOS**

**06 DE ENERO DE 2007**

El horario de turnos de las enfermeras y auxiliares es elaborado por la Jefe de Enfermeras, quien a inicios de mes realiza el calendario, tomando en cuenta el personal con el que cuenta y las áreas que necesita cubrir, y los turnos establecidos que son mañana de 7:00am a 13:00, tarde de 13:00 a 19:00 y noche de 19:00 a 7:00, este horario una vez elaborado, es revisado por la encargada de Recursos Humanos y finalmente aprobado por el Gerente.

Los turnos también se elaboran tomando en cuenta el calendario de vacaciones del personal, el mismo que va desde junio hasta diciembre y se lo realiza mediante sorteo para las fechas de salida.

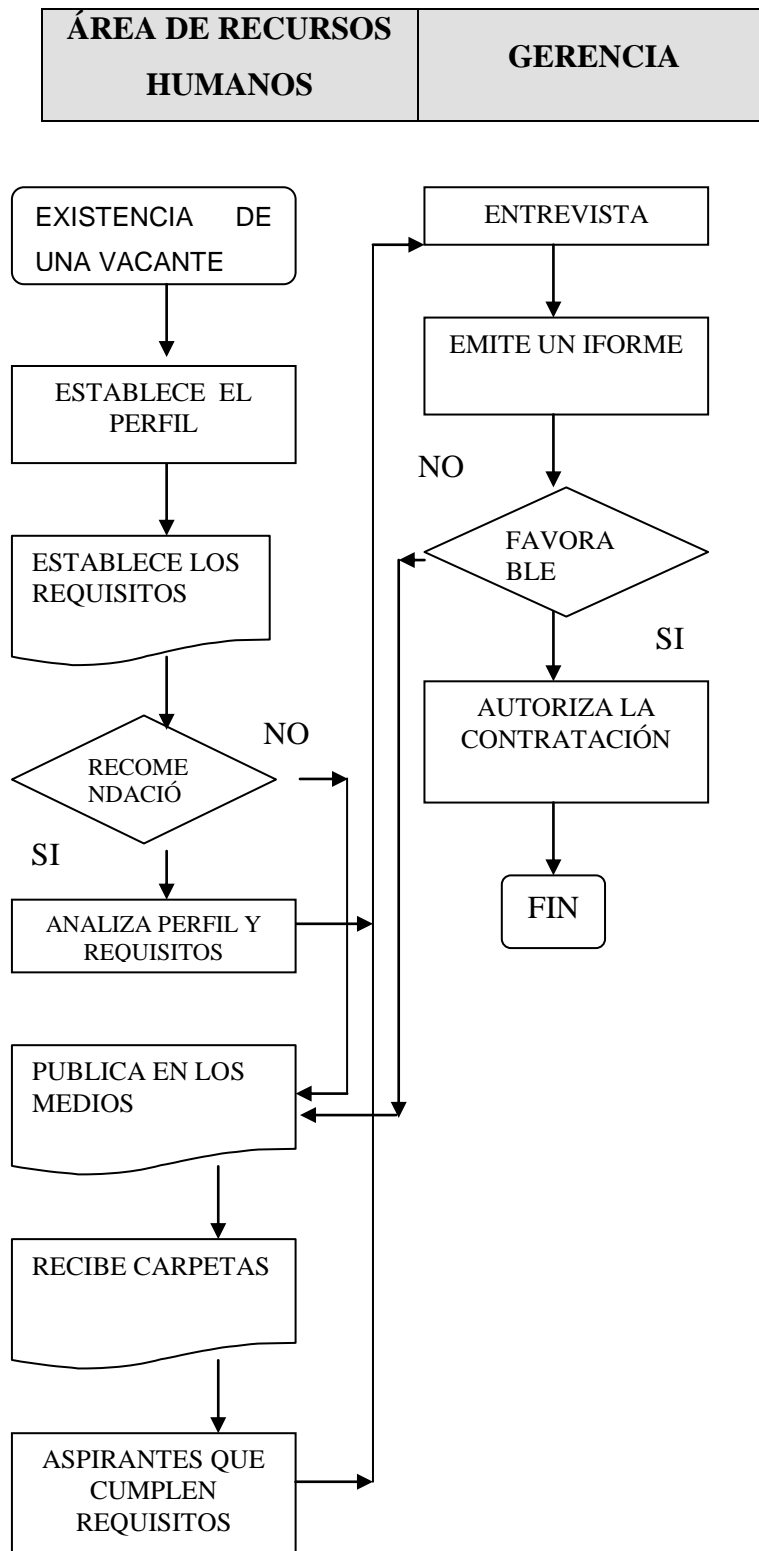
Los horarios de todo el personal se publican en cada área siempre a inicios de mes, para que el personal tenga conocimiento.

Para los cambios de turnos existe la política de no aprobar mas de 3 cambios al mes, y solo en casos debidamente justificados, para realizar este cambio la enfermera o auxiliar debe llenar la solicitud de cambio de turno con almenos 24 horas de anticipación y presentarle a la Jefa de Enfermeras quien es la encargada de aprobarlo.

Paola López

07 de enero de 2007

## 2. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL



ELABORADO POR: LA AUTORA

### **3. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.**

## **INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES. PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL**

**06 DE ENERO DE 2007**

La capacitación está a cargo de Mario Acosta Jefe de Docencia, quien coordina con la responsable de Recursos Humanos, las capacitaciones se las realiza por lo general cada 3 meses y se las hace en base a las necesidades. Se detecta una falencia en un área y en base a eso se planifica la capacitación.

Una vez detectada la deficiencia el Jefe de docencia busca un experto en el tema, coordina con Recursos Humanos y a su vez con los directivos y se comunica al área hacia la cual va dirigida la capacitación del día y hora a la que esta se realizará, por lo general son los días sábados. Pero no se mantiene un programa constante de actividades.

Otra forma de capacitación son los llamados Estudios de Caso, que se realizan cuando se tiene un paciente con un diagnóstico novedoso o difícil, en donde el médico residente prepara la exposición del caso, lo expone ante todos los médicos y en conjunto analizan y evalúan el caso para buscar la mejor solución y tratamiento a ofrecerse.

Paola López

07 de enero de 2007



### **6 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO.**

Para que el personal del Instituto Médico de Especialidades puedan realizar de manera correcta los procesos y actividades que se realizan, se deben observar los principios y fundamentos administrativos, así como desarrollar el potencial del personal y evaluar su desempeño, se deben tomar en cuenta ciertos aspectos que se los mencionará en este capítulo con la finalidad de que las actividades se realicen de manera eficaz y eficiente, implementando controles, estableciendo parámetros sobre los cuales deban desarrollarse las diversas actividades, permitiendo tener conocimiento de todo lo que sucede en las diversas áreas.

#### **6.1 ÁREA DE RECURSOS HUMANOS**

El propósito de la administración de recursos humanos se lo alcanza a través de personas que contribuyen con las estrategias de la institución para mejorar la eficacia y eficiencia de la misma.

La administración del recurso humano constituye el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, conocimientos y habilidades de todos los miembros de la institución, tanto en beneficio del IME como de la organización.

##### **6.1.1 Descripción de Funciones**

Para lograr el logro de objetivos, el departamento de Recursos Humanos debe tener claro las funciones básicas que debe realizar son:

- Diseñar estrategias de selección para el ingreso de nuevos trabajadores al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Controlar la asistencia diaria del personal administrativo y e trabajadores;
- Informar a la Gerencia General diariamente las novedades detectadas en la asistencia del personal;

- Elaborar un plan de inducción del nuevo personal al “Instituto Médico de Especialidades”;
- Elaborar un plan de capacitación permanente para todo el personal administrativo y de trabajadores;
- Llevar el archivo de expedientes de todo el personal actualizado, en donde reposarán los documentos personales, preparación académica y hoja de vida;
- Detectar las necesidades del nuevo personal y poner en conocimiento de la Junta Médica Directiva y el gerente General de la Sociedad Civil constituida en el “Instituto Médico de Especialidades”;
- Autorizar permisos de horas de trabajo debidamente justificados, de conformidad con lo que establece el Código de Trabajo;
- Elaborar el cuadro de turnos mensual de todo el personal de servicios; y,
- Autorizar el cambio de turnos del personal de servicio, previa designación del reemplazo respectivo.

### **6.1.2 Implementación y mejora de controles**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación de esta área, se determino que existen las siguientes debilidades:

#### **1. No existe segregación de funciones**

En el área de RRHH del Instituto Médico de Especialidades, no existe una adecuada segregación de funciones, ya que el trabajo de esta área se centra en una sola persona.

Esta situación de origina debido a que el Gerente de la Clínica no ha previsto la contratación de otra persona que ayude a la realización de la gestión de RRHH.

Lo citado anteriormente permite acumulación de trabajo en una sola persona, retraso en la atención de los trámites, causando ineficiencia en el IME.

#### **MEDIDA CORRECTIVA**

El Gerente General dispondrá la contratación de otro funcionario que permita segregar las funciones existentes en el departamento, de manera que la responsabilidad y ejecución de las diferentes actividades no se concentren en una sola persona, esto permitirá que los procesos se realicen de manera más rápida, ágil y eficiente para la cual se debe tomar en cuenta:

⇒ Racionalizar el recurso humano existente;

- ⇒ Establecer una estructura ocupacional simplificada acorde a las especialidades institucionales;
- ⇒ Elaborar perfiles ocupacionales en función del rol institucional y
- ⇒ Calificar personal competitivo.

## **2. No se realizan evaluaciones de desempeño**

No existen sistemas de evaluación del desempeño que permitan medir con objetividad los resultados de las actividades de los miembros que conforman la entidad.

El área de Recursos Humanos dentro de sus actividades no tiene la de efectuar procesos de evaluaciones en las diferentes áreas.

No se tiene conocimiento del desempeño de los diferentes empleados, y como esto aporta a la consecución de los objetivos del IME, y al grado de satisfacción del paciente.

### **MEDIDA CORRECTIVA**

El jefe de Recursos Humanos establecerá mecanismos de evaluación del personal, los mismos que deberán aplicarse cada seis meses, esto debe realizarse conjuntamente con los jefes de cada servicio quienes serán los responsables de efectuar las evaluaciones a su personal a cargo, de manera que se detecten las debilidades existentes para corregirlas a tiempo, por medio de capacitaciones. Dichos resultados se darán a conocer a la Junta Directiva.

## **3. No existe análisis de puestos.**

No se realizan análisis de puestos que permitan determinar los conocimientos, aptitudes del trabajador y si están acordes al cargo que desempeña.

La Junta Directiva por medio del gerente general, no ha dispuesto realizar análisis de puestos periódicos para conocer la adecuada asignación de funciones.

Se puede tener personal en áreas para las cuales no están aptos, o capacitados lo que ocasiona inconformidad tanto del trabajador como del paciente que recibe su atención

### **MEDIDA CORRECTIVA.**

El Jefe de RRHH realizará análisis de puestos, que permitan tener conocimiento de las aptitudes del trabajador y como deben empatar con las características del puesto, de esa manera los controles detectarán fácilmente una desviación, los parámetros que se deben considerar son:

**Actividades del puesto:** Se debe obtener información sobre las actividades de trabajo realmente desempeñadas, realizando una lista de los mismos, e indicando el como, por que y cuando un trabajador desempeña cada actividad.

**Comportamiento Humano:** Reunir información sobre el comportamiento humano como: sensibilidad, comunicación, toma de decisiones, incluyendo información adicional referente a exigencias personales con término de gasto de energía y agotamiento físico, debido a la razón de ser la entidad que es brindar servicios de salud.

**Criterios de desempeño:** Se reúne información respecto a los criterios de desempeño por medio de los cuales se valora al empleado, es decir establecer mecanismos de evaluación para el personal.

**Contexto del puesto:** Información referente a condiciones físicas, horarios de trabajo, contexto social y organización, como por ejemplo, el tipo de pacientes que pueden llegar y con los que el profesional debe estar preparado para interactuar.

**Requerimientos humanos:** Es necesario conocer requerimientos humanos como: los conocimientos o las habilidades con las que se relaciona (educación, capacitación, y experiencia laboral), así como los atributos personales (aptitudes, características físicas, personal e intereses).

#### **4. Falta de un procedimiento determinado para selección del personal**

Recursos Humanos no tiene un proceso definido y bien estructurado para la contratación de personal.

La gerencia general no dispuso normas, ni impuso un proceso de selección y contratación de personal adecuado y acorde a los requerimientos del IME.

Al no tener un procedimiento claro, se corre el riesgo de contratar personas no aptas para el puesto a ocupar, obteniendo ineficiencia en los procesos.

#### **MEDIDA CORRECTIVA**

La selección del personal es una comparación entre las cualidades de cada candidato con las exigencias del cargo, y es una elección entre los candidatos comparados, quien presente las cualidades o calificaciones más adecuadas para el cargo vacante será quien ocupe el cargo. Es un proceso en el cual no solo se acepta o rechaza candidatos, sino se pretende conocer las aptitudes y cualidades para colocar al candidato en el puesto afín a sus características.

Recursos Humanos conjuntamente con la directiva debe establecer un proceso claro y lógico para la contratación de personal tomando en cuenta:

Establecer etapas básicas como:

- ⇒ Análisis y preselección curricular
- ⇒ Entrevistas de empleo
- ⇒ Pruebas de aptitudes y conocimientos

- ⇒ Investigación de antecedentes
- ⇒ Selección preliminar
- ⇒ Exámenes médicos
- ⇒ Establecer condiciones claras de contratación y
- ⇒ Finalmente establecer el candidato más idóneo.

Para esto es importante que se manejen bancos de datos de información con los antecedentes de todos los postulantes para clasificar sus solicitudes de empleos, este banco de datos debe estar debidamente organizado, de manera que se pueda conocer de manera rápida las características de cada aspirante.

Todo esto permitirá que el departamento de Recursos Humanos obtenga:

- Ubicación de los empleados en los puestos adecuados;
- Determinación de niveles realistas de desempeño;
- Creación de canales de capacitación y desarrollo;
- Identificación de candidatos adecuados a las vacantes;
- Planeación de las necesidades de capacitación del recurso humano;
- Propiciar condiciones que mejoren el entorno laboral;
- Evaluar la manera en que los cambios en el entorno afectan el desempeño de los empleados.
- Eliminar requisitos y demandas no indispensables y;
- Conocer las necesidades reales de recursos humanos del IME.

### **6.1.3 Seguimiento Continuo**

## **6.2 ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

El área de Hospitalización es una de las más importantes ya que es la parte productiva de la entidad es por eso que se debe analizar la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente.

Los resultados obtenidos en la evaluación determinaron que existen controles y son adecuados, por lo tanto el nivel de riesgo es moderado, lo que se demuestra en la aceptación que la Clínica tiene en el medio en el que brinda sus servicios, pese a esto es importante mejorar y reforzar ciertos procesos para obtener un nivel de confianza alto.

### **6.2.1 Descripción de funciones.**

Las funciones básicas a desarrollarse en ésta área son:

- Pasar visita médica diariamente a los pacientes hospitalizados;
- Registrar todas las novedades en la Historia Clínica del paciente;
- Transferir y dar de alta a los pacientes hospitalizados;
- Disponer la realización de exámenes de laboratorio y complementarios para un mejor diagnóstico;
- Llevar registros de los medicamentos e instrumental utilizado.
- Disponer inter consultas necesarias de especialización;
- Mantener los equipos médicos y el instrumental debidamente esterilizados y en buenas condiciones para su uso.

### **6.2.2 Implementación y mejora de controles**

La implementación de controles en esta área debe ir enfocada a que el Control Interno permita que los procesos y actividades que se desarrollan en el área se puedan realizar con la mayor eficiencia y eficacia, por parte del personal que presta sus servicios permitiendo la atención en salud de la mejor calidad que se vea reflejada en la atención que brindan a sus pacientes. Evitando pérdidas de tiempo, dinero y esfuerzo.

Las debilidades y desviaciones de Control Interno detectadas son:

**1. Toda la información se la lleva de manera manual.**

La gerencia no a requerido de un sistema informático en el cual se pueda registrar la información del paciente.

Toda la información referente a los pacientes, en lo que se refiere a diagnósticos, historia clínica, medicamentos impartidos o tratamientos realizados se lo registra de manera manual.

Todo esto ocasiona que el acceso a la información no sea fácil de obtener y retrasa los procedimientos que se realizan en el área.

**MEDIDA CORRECTIVA**

El Gerente General dispondrá al departamento de Recursos Humanos, buscar una persona que pueda desarrollar e implementar en el IME un sistema informático que cubra las necesidades en base a: tener la información referente a los pacientes en una base de datos constantemente actualizada, en la que se detalle todo lo que se le realizó al paciente, tratamiento, medicinas impartidas, tiempo de estadía, médico tratante, lo que permita mantener una base de datos ordenada, actualizada en la que se pueda conocer todos los antecedentes del cliente.

**2. No existe un procedimiento específico que determine el uso de los recursos.**

No existe un procedimiento adecuado que permita controlar la cantidad de medicamentos utilizados ni el uso del instrumental por paciente.

La gerencia no ha dispuesto un método de control específico que permita detectar mal uso de estos recursos.

La falta de control en el uso de los recursos puede originar que éstos se utilicen para actividades diferentes a las que tienen relación con el IME.



## **MEDIDA CORRECTIVA**

La Gerencia General en conjunto con el jefe o responsable del departamento deberán incluir un método de control de recursos en lo que a medicinas e instrumental se refiere, que consista en:

Realizar revisiones periódicas de que los que se solicitó para el paciente sea la cantidad y medicamento adecuado de acuerdo a lo establecido en la historia clínica del mismo,

Se deberá cruzar la información de la farmacia que en este caso es el proveedor del área con los requerimientos del área y las historias clínicas de cada paciente, para determinar si lo que se pidió para reponer el stock de medicinas es lo utilizado de acuerdo lo requerido para el paciente.

### **3. No se realiza retroalimentación del servicio.**

La gerencia no ha establecido un método para establecer los requerimientos y satisfacción del paciente una vez impartidos los servicios.

No existe retroalimentación con el paciente para determinar el nivel de satisfacción del mismo una vez impartido el servicio.

La falta de conocimiento del nivel de satisfacción del cliente después de brindar el servicio no permite establecer las debilidades o falencias que puedan producirse en el área.

## **MEDIDA CORRECTIVA:**

Se realizará análisis de los resultados en los pacientes una vez recibida la atención médica, dado que todas las acciones a tomar serán brindadas a un usuario que espera calidad, lo que se puede realizar mediante un sistema de retroalimentación con el paciente a través de encuestas de aceptación que se lo puede incluir como un requisito mas para el alta del paciente, la misma que la deberá diseñar el área de Recursos Humanos y será aprobada por la Junta Directiva. Esto permitirá conseguir mejoras en la calidad o costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de un sistema de control interno, implementando nuevas definiciones que enfatizan en mejorar la atención, junto con la necesidad de la revisión sistemática de la misma, buscando identificar irregularidades y disfunciones en el ámbito médico y administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles.

### 6.2.3 Seguimiento Continuo

### **6.3 ÁREA DE EMERGENCIA**

La segunda área que conforma el área productiva del IME, es Emergencia, en la cual el factor mas importante es el tiempo de atención que se le debe dar al paciente, debido a las características de la misma y la agilidad del personal en esta área, lo que hace la diferencia con el área de hospitalización ya que los procesos son relativamente los mismos.

#### **6.3.1 Definición de funciones:**

Las funciones que deben realizarse obligatoriamente en este departamento son:

- Prestar atención de salud emergente al usuario que intempestivamente se ve afectado a su salud.
- Brindar servicio de visita médica, valoración, diagnóstico y tratamiento de la afección.
- Una vez que se obtiene el diagnóstico se referirá al paciente al servicio de especialidad correspondiente.
- Mantener un stock de medicina adecuado, y revisado periódicamente en lo referente a fechas de caducidad y estado de los mismos.
- Establecer un listado con toda la información referente a los especialistas y médicos para que se los pueda localizar de manera rápida.

#### **6.3.2 Implementación y mejora de controles.**

Como resultado de la evaluación de Control Interno realizada se determinó que el riesgo existente es moderado, por lo cual los controles deben enfocarse al mejoramiento de los ya existentes para que el nivel de confianza sea alto.

Al ser un área en la que se realizan los mismos procesos de Hospitalización, las falencias son similares, ya que operativamente se realizan las mismas actividades; por lo tanto las debilidades son:

#### **1. Toda la información se la lleva de manera manual.**

La gerencia no a requerido de un sistema informático en el cual se pueda registrar la información del paciente.

Toda la información referente a los pacientes, en lo que se refiere a diagnósticos, historia clínica, medicamentos impartidos o tratamientos realizados se lo registra de manera manual.

Todo esto ocasiona que el acceso a la información no sea fácil de obtener y retrasa los procedimientos que se realizan en el área, mas si en el área de emergencia el tiempo es de vital importancia.

### **MEDIDA CORRECTIVA**

Al igual que en el área de Hospitalización se debe diseñar un programa informático que permita mantener el expediente del paciente en medios magnéticos, el mismo que deberá esta integrado por un conjunto de formularios básicos y especiales que se llenan de forma narrativa y algunos en forma gráfica, en los cuales el personal médico, enfermería u otro personal de salud autorizado describa detallada y ordenadamente, los datos más indispensables sobre situación, diagnóstico, tratamiento dado y que a diferencia de hospitalización permita determinar los tiempos de atención por emergencia que llega, ya que el factor primordial de esta área es la rapidez con la que se atiende al paciente, y que permita obtener estadísticas de los diagnósticos mas comunes.

### **2. No existe un procedimiento específico que determine el uso de los recursos.**

No existe un procedimiento adecuado que permita controlar la cantidad de medicamentos utilizados ni el uso del instrumental por paciente.

La gerencia no ha dispuesto un método de control específico que permita detectar mal uso de estos recursos.

La falta de control en el uso de los recursos puede originar que éstos se utilicen para actividades diferentes a las que tienen relación con el IME.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

La Gerencia General en conjunto con el jefe o responsable del departamento deberán incluir un método de control de recursos en lo que a medicinas e instrumental se refiere, que consista en:

Realizar revisiones periódicas de que los que se solicitó para el paciente sea la cantidad y medicamento adecuado de acuerdo a lo establecido en la historia clínica del mismo,

Se deberá cruzar la información de la farmacia que en este caso es el proveedor del área con los requerimientos del área y las historias clínicas de cada paciente, para determinar si lo que se pidió para reponer el stock de medicinas es lo utilizado de acuerdo lo requerido para el paciente.

### **3. No se realiza retroalimentación del servicio.**

La gerencia no ha establecido un método para establecer los requerimientos y satisfacción del paciente una vez impartidos los servicios.

No existe retroalimentación con el paciente para determinar el nivel de satisfacción del mismo una vez impartido el servicio.

La falta de conocimiento del nivel de satisfacción del cliente después de brindar el servicio no permite establecer las debilidades o falencias que puedan producirse en el área.

## **MEDIDA CORRECTIVA.**

Recursos Humanos también será el encargado de diseñar el sistema de retroalimentación con el paciente por medio de encuestas de satisfacción similares a las que debe realizarse en hospitalización pero evaluando aspectos como:

- Si el tiempo de atención fue el adecuado,
- Si el especialista llegó a tiempo,

Si fue necesario quedarse hospitalizado,  
Si las medicinas necesarias para controlar la emergencia existían en el stock del  
área,  
Si el diagnóstico fue detectado inmediatamente.

### 6.3.3 Seguimiento Continuo



## **6.4 ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.**

El área de Consulta Externa es la más grande del Instituto Médico de Especiales tanto en tamaño físico como en la demanda de pacientes que tiene, ya que se recibe un promedio de 162 pacientes diarios en las diferentes áreas.

### **6.4.1 Definición de funciones.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación del área, el riesgo que existe es alto, razón por la cual se debe implementar mayor número de controles para minimizar dicho riesgo, enfatizado en lograr la satisfacción total del paciente ya que esa es la finalidad del proceso de atención médica.

- Se atiende al paciente ambulatorio para controlar su salud.
- Valorar al paciente por médico adecuado según su especialidad y afección.
- Realizar los exámenes necesarios para emitir un diagnóstico y tratamiento.
- Emitir un diagnóstico presuntivo o definitivo de acuerdo el caso del paciente.
- Diseñar e implantar un plan de tratamiento para el paciente.
- Dar seguimiento continuo a los pacientes para asegurar la recuperación del paciente.
- Mantener una base de datos actualizada del paciente.

### **6.4.2 Implementación y mejora de controles.**

En la evaluación de Control Interno se determinó que el riesgo existente es alto, de ahí parte la necesidad de reforzar los controles para mejorar la calidad y la efectividad del área, y que estos se conviertan en una herramienta imprescindible en la gestión médica.

Las deficiencias encontradas se centran en la parte administrativa de esta área del IME, las mismas que son:

#### **1. No existe un responsable del área.**

No existe una persona que realice las funciones de jefe del área, y que se encargue de organizar el desarrollo de actividades y procesos que se realizan.

La Junta Directiva no designó un responsable del Área mas grande de la Clínica, para que haga de eje de la misma.

La parte administrativa del área se encuentra desorganizada, ocasionando que las actividades que se realizan no tengan control alguno.

### **MEDIDA CORRECTIVA**

La Junta Directiva conjuntamente con la Gerencia deberá designar un responsable del área, el mismo que será escogido de entre los médicos especialistas del área, el que mejor conozca la entidad, disponga de tiempo y tenga conocimientos básicos sobre administración, el será quien se encargue de:

- La parte administrativa,
- Resuelva problemas,
- Reciba quejas de los pacientes o médicos,
- Evalúe el desempeño del trabajo
- Vigile el cumplimiento de las normas.

### **2. No se posee un sistema informático**

Al igual que en el resto de la Clínica la información del paciente no se la mantiene de manera adecuada y ordenada.

No existe un sistema informático que mantenga comunicación entre todas las áreas del IME, que permita conocer todos los antecedentes de un paciente.

Todos los registros son manuales lo que dificulta la tarea del médico al momento de buscar los antecedentes del paciente.

### **MEDIDA CORRECTIVA.**

La persona o empresa que haya sido elegida para implementar un sistema informático en la Clínica deberá tomar en cuenta para ésta área un programa que elimine los métodos manuales y documentales que se manejan, para tener toda la información en medios magnéticos que brinden facilidad de acceso y seguridad en el proceso. Y a sus vez se interrelacionen con las demás áreas para tener conocimiento de la historia del paciente.

En esta área el programa deberá incluir un archivo que permita diferenciar a los pacientes que se han atendido mas de una vez o que tienen historias en el IME, con los que no, ya que existirán pacientes que no regresen.

Los datos de los registros diarios de consulta médica deben ser digitados y validados diariamente por cada especialista, y enviarlos al final del mes a través de estadísticas al responsable del área para que evalúe el desempeño.

### **3. No existen horarios de atención.**

La gerencia no ha establecido un cronograma de atención en el área de Consulta externa que permita cubrir todas las especialidades.

No existen horarios de atención permanentes, en las diferentes especialidades pues los médicos trabajan de acuerdo a sus propios horarios.

Esto provoca que no siempre hayan suficientes profesionales para atender la demanda de pacientes, o que no exista el profesional adecuado para tratar la dolencia del cliente.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

El responsable del área de Consulta Externa que se nombre, trabajará conjuntamente con Recursos Humanos para establecer horarios de atención por especialidad, de manera que siempre exista un médico tratante por rama para la atención del paciente, en especial en las que mas demanda tienen, esto permitirá que el número de pacientes incremente.

### 6.4.3 Seguimiento Continuo

## 6.5 INFORME DE CONTROL INTERNO

### CONSULTORA LÓPEZ & ASOCIADOS

Quito, 21 de febrero de 2007

Señores:

Junta Directiva del Instituto Médico de Especialidades

Presente.-

He revisado el Sistema de Control Interno existente en el Instituto Médico de Especialidades por el período comprendido de octubre del 2006 a marzo del 2007, con la finalidad de dar cumplimiento a la elaboración de la Tesis: “Propuesta de implementación de un sistema de Control Interno Administrativo en el Instituto Médico de Especialidades de Ibarra”

Para la realización del presente trabajo he considerado las Normas Ecuatorianas de Auditoría, Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y para la evaluación específica del Control Interno de la Clínica el método de evaluación de control interno COSO II.

El análisis se efectuó a la parte administrativa en las áreas de Recursos Humanos, Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa los resultados de la propuesta de implementación y mejora de los controles internos son los que se adjuntan en el presente informe.

Atentamente,

Paola López Gómez

LÓPEZ & ASOCIADOS

**CONSULTORA  
LÓPEZ & ASOCIADOS**

***INFORME DE CONTROL INTERNO  
INSTITUTO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – IBARRA***

De acuerdo con el análisis que se realizó en el Instituto Médico de Especialidades, se detectó la necesidad de incluir dentro de la propuesta de implementación de controles los siguientes aspectos generales que deberán ser efectuados por la Junta Directiva conjuntamente con la Gerencia General para la consecución de los controles a implementarse:

- Considero necesario la implementación de objetivos generales y específicos para cada área del IME, así como la existencia de un plan estratégico bien estructurado, que se den a conocer a todo el personal a través del área de Recursos Humanos, lo que permitirá que la evaluación y controles que se aplican sean efectivos.
- Se debe elaborar manuales de procedimientos, por cada proceso que se realiza en el IME en los diferentes departamentos, de manera que el personal tenga plenos conocimientos de las actividades, responsabilidades y funciones que tiene a su cargo, así como la manera en que debe desarrollarlos.

Dentro de las áreas de análisis los resultados son:

**ÁREA DE RECURSOS HUMANOS.**

**1. No existe segregación de funciones**

En el área de RRHH del Instituto Médico de Especialidades, no existe una adecuada segregación de funciones, ya que el trabajo de esta área se centra en una sola persona.

Esta situación de origina debido a que el Gerente de la Clínica no ha previsto la contratación de otra persona que ayude a la realización de la gestión de RRHH.

Lo citado anteriormente permite acumulación de trabajo en una sola persona, retraso en la atención de los trámites, causando ineficiencia en el IME.

**MEDIDA CORRECTIVA:**

El Gerente General dispondrá la contratación de otro funcionario que permita segregar las funciones existentes en el departamento, de manera que la responsabilidad y ejecución de las diferentes actividades no se concentren en una sola persona, esto permitirá que los procesos se realicen de manera más rápida, ágil y eficiente. para la cual se debe tomar en cuenta:

**2. No se realizan evaluaciones de desempeño**

No existen sistemas de evaluación del desempeño que permitan medir con objetividad los resultados de las actividades de los miembros que conforman la entidad.

El área de Recursos Humanos dentro de sus actividades no tiene la de efectuar procesos de evaluaciones en las diferentes áreas.

No se tiene conocimiento del desempeño de los diferentes empleados, y como esto aporta a la consecución de los objetivos del IME, y al grado de satisfacción del paciente.

**MEDIDA CORRECTIVA**

El jefe de Recursos Humanos debe establecer mecanismos de evaluación del personal, los mismos que deberán aplicarse cada seis meses, esto debe realizarse conjuntamente con los jefes de cada servicio quienes serán los responsables de efectuar las evaluaciones a su personal a cargo, de manera que se detecten las debilidades existentes para corregirlas a tiempo, por medio de capacitaciones. Dichos resultados se dará a conocer a la Junta Directiva.



### **3. No existe análisis de puestos.**

No se realizan análisis de puestos que permitan determinar los conocimientos, aptitudes del trabajador y si están acordes al cargo que desempeña.

La Junta Directiva por medio del gerente general, no ha dispuesto realizar análisis de puestos periódicos para conocer la adecuada asignación de funciones.

Se puede tener personal en áreas para las cuales no están aptos, o capacitados lo que ocasiona inconformidad tanto del trabajador como del paciente que recibe su atención

### **MEDIDA CORRECTIVA.**

Se debe realizar análisis de puestos, que permitan tener conocimiento de las aptitudes del trabajador y como deben empatar con las características del puesto, de esa manera los controles detectarán fácilmente una desviación.

### **4. Falta de un procedimiento determinado para selección del personal**

Recursos Humanos no tiene un proceso definido y bien estructurado para la contratación de personal.

La gerencia general no dispuso normas, ni impuso un proceso de selección y contratación de personal adecuado y acorde a los requerimientos del IME.

Al no tener un procedimiento claro, se corre el riesgo de contratar personas no aptas para el puesto a ocupar, obteniendo ineficiencia en los procesos.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

Recursos Humanos conjuntamente con la directiva debe establecer un proceso claro y lógico para la contratación de personal tomando en cuenta:

Establecer etapas básicas como:

- ⇒ Análisis y preselección curricular
- ⇒ Entrevistas de empleo
- ⇒ Pruebas de aptitudes y conocimientos
- ⇒ Investigación de antecedentes
- ⇒ Selección preliminar
- ⇒ Exámenes médicos
- ⇒ Establecer condiciones claras de contratación y
- ⇒ Finalmente establecer el candidato más idóneo.

## **ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:**

### **1. Toda la información se la lleva de manera manual.**

La gerencia no a requerido de un sistema informático en el cual se pueda registrar la información del paciente.

Toda la información referente a los pacientes, en lo que se refiere a diagnósticos, historia clínica, medicamentos impartidos o tratamientos realizados se lo registra de manera manual.

Todo esto ocasiona que el acceso a la información no sea fácil de obtener y retrasa los procedimientos que se realizan en el área.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

El Gerente General dispondrá al departamento de Recursos Humanos, buscar una persona que pueda desarrollar e implementar en el IME un sistema informático que cubra las necesidades en base a: tener la información referente a los pacientes en una base de datos constantemente actualizada, en la que se detalle todo lo que se le realizó al paciente, tratamiento, medicinas impartidas, tiempo de estadía, médico tratante, lo que permita mantener una base de datos ordenada, actualizada en la que se pueda conocer todos los antecedentes del cliente.

## **2. No existe un procedimiento específico que determine el uso de los recursos.**

No existe un procedimiento adecuado que permita controlar la cantidad de medicamentos utilizados ni el uso del instrumental por paciente.

La gerencia no ha dispuesto un método de control específico que permita detectar mal uso de estos recursos.

La falta de control en el uso de los recursos puede originar que éstos se utilicen para actividades diferentes a las que tienen relación con el IME.

### **MEDIDA CORRECTIVA**

La Gerencia General en conjunto con el jefe o responsable del departamento deberán incluir un método de control de recursos en lo que a medicinas e instrumental se refiere, que consista en:

Realizar revisiones periódicas de que los que se solicitó para el paciente sea la cantidad y medicamento adecuado de acuerdo a lo establecido en la historia clínica del mismo,

Se deberá cruzar la información de la farmacia que en este caso es el proveedor del área con los requerimientos del área y las historias clínicas de cada paciente, para determinar si lo que se pidió para reponer el stock de medicinas es lo utilizado de acuerdo lo requerido para el paciente.

### **3. No se realiza retroalimentación del servicio.**

La gerencia no ha establecido un método para establecer los requerimientos y satisfacción del paciente una vez impartidos los servicios.

No existe retroalimentación con el paciente para determinar el nivel de satisfacción del mismo una vez impartido el servicio.

La falta de conocimiento del nivel de satisfacción del cliente después de brindar el servicio no permite establecer las debilidades o falencias que puedan producirse en el área.

#### **MEDIDA CORRECTIVA:**

Se realizará análisis de los resultados en los pacientes una vez recibida la atención médica, dado que todas las acciones a tomar serán brindadas a un usuario que espera calidad, lo que se puede realizar mediante un sistema de retroalimentación con el paciente a través de encuestas de aceptación que se lo puede incluir como un requisito mas para el alta del paciente, la misma que la deberá diseñar el área de Recursos Humanos y será aprobada por la Junta Directiva.

#### **ÁREA DE EMERGENCIA:**

##### **1. Toda la información se la lleva de manera manual.**

La gerencia no a requerido de un sistema informático en el cual se pueda registrar la información del paciente.

Toda la información referente a los pacientes, en lo que se refiere a diagnósticos, historia clínica, medicamentos impartidos o tratamientos realizados se lo registra de manera manual.

Todo esto ocasiona que el acceso a la información no sea fácil de obtener y retrasa los procedimientos que se realizan en el área, mas si en el área de emergencia el tiempo es de vital importancia.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

Al igual que en el área de Hospitalización se debe diseñar un programa informático que permita mantener el expediente del paciente en medios magnéticos, el mismo que deberá estar integrado por un conjunto de formularios básicos y especiales que se llenan de forma narrativa y algunos en forma gráfica, en los cuales el personal médico, enfermería u otro personal de salud autorizado describa detallada y ordenadamente, los datos más indispensables sobre situación, diagnóstico, tratamiento dado y que a diferencia de hospitalización permita determinar los tiempos de atención por emergencia que llega, ya que el factor primordial de esta área es la rapidez con la que se atiende al paciente, y que permita obtener estadísticas de los diagnósticos más comunes.

### **2. No existe un procedimiento específico que determine el uso de los recursos.**

No existe un procedimiento adecuado que permita controlar la cantidad de medicamentos utilizados ni el uso del instrumental por paciente.

La gerencia no ha dispuesto un método de control específico que permita detectar mal uso de estos recursos.

La falta de control en el uso de los recursos puede originar que éstos se utilicen para actividades diferentes a las que tienen relación con el IME.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

La Gerencia General en conjunto con el jefe o responsable del departamento deberán incluir un método de control de recursos en lo que a medicinas e instrumental se refiere, que consista en:

Realizar revisiones periódicas de que los que se solicitó para el paciente sea la cantidad y medicamento adecuado de acuerdo a lo establecido en la historia clínica del mismo,

Se deberá cruzar la información de la farmacia que en este caso es el proveedor del área con los requerimientos del área y las historias clínicas de cada paciente, para determinar si lo que se pidió para reponer el stock de medicinas es lo utilizado de acuerdo lo requerido para el paciente.

### **3. No se realiza retroalimentación del servicio.**

La gerencia no ha establecido un método para establecer los requerimientos y satisfacción del paciente una vez impartidos los servicios.

No existe retroalimentación con el paciente para determinar el nivel de satisfacción del mismo una vez impartido el servicio.

La falta de conocimiento del nivel de satisfacción del cliente después de brindar el servicio no permite establecer las debilidades o falencias que puedan producirse en el área.

### **MEDIDA CORRECTIVA.**

Recursos Humanos también será el encargado de diseñar el sistema de retroalimentación con el paciente por medio de encuestas de satisfacción similares a las que debe realizarse en hospitalización pero evaluando aspectos como: Si el tiempo de atención fue el adecuado, si el especialista llegó a tiempo, si fue necesario quedarse hospitalizado, si las medicinas necesarias para controlar la emergencia existían en el stock del área, si el diagnóstico fue detectado inmediatamente.

## **ÁREA DE CONSULTA EXTERNA:**

### **1. No existe un responsable del área.**

No existe una persona que realice las funciones de jefe del área, y que se encargue de organizar el desarrollo de actividades y procesos que se realizan.

La Junta Directiva no designó un responsable del Área mas grande de la Clínica, para que haga de eje de la misma.

La parte administrativa del área se encuentra desorganizada, ocasionando que las actividades que se realizan no tengan control alguno.

### **MEDIDA CORRECTIVA**

La Junta Directiva conjuntamente con la Gerencia deberá designar un responsable del área, el mismo que será escogido de entre los médicos especialistas del área, el que mejor conozca la entidad, disponga de tiempo y tenga conocimientos básicos sobre administración, el será quien se encargue de:

- La parte administrativa,
- Resuelva problemas,
- Reciba quejas de los pacientes o médicos,
- Evalúe el desempeño del trabajo
- Vigile el cumplimiento de las normas.

### **2. No se posee un sistema informático**

Al igual que en el resto de la Clínica la información del paciente no se la mantiene de manera adecuada y ordenada.

No existe un sistema informático que mantenga comunicación entre todas las áreas del IME, que permita conocer todos los antecedentes de un paciente.

Todos los registros son manuales lo que dificulta la tarea del médico al momento de buscar los antecedentes del paciente.

## **MEDIDA CORRECTIVA.**

La persona o empresa que haya sido elegida para implementar un sistema informático en la Clínica deberá tomar en cuenta para ésta área un programa que elimine los métodos manuales y documentales que se manejan, para tener toda la información en medios magnéticos que brinden facilidad de acceso y seguridad en el proceso. Y a sus vez se interrelacionen con las demás áreas para tener conocimiento de la historia del paciente.

En esta área el programa deberá incluir un archivo que permita diferenciar a los pacientes que se han atendido más de una vez o que tienen historias en el IME, con los que no, ya que existirán pacientes que no regresen.

Los datos de los registros diarios de consulta médica deben ser digitados y validados diariamente por cada especialista, y enviarlos al final del mes a través de estadísticas al responsable del área para que evalúe el desempeño.

### **3. No existen horarios de atención.**

La gerencia no ha establecido un cronograma de atención en el área de Consulta externa que permita cubrir todas las especialidades.

No existen horarios de atención permanentes, en las diferentes especialidades pues los médicos trabajan de acuerdo a sus propios horarios.

Esto provoca que no siempre haya suficientes profesionales para atender la demanda de pacientes, o que no exista el profesional adecuado para tratar la dolencia del cliente.

## **MEDIDA CORRECTIVA**

El responsable del área de Consulta Externa que se nombre, trabajará conjuntamente con Recursos Humanos para establecer horarios de atención por especialidad, de manera que



siempre exista un médico tratante por rama para la atención del paciente, en especial en las que mas demanda tienen, esto permitirá que el número de pacientes incremente.

## **CAPITULO VII**

### **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **7.1 CONCLUSIONES.**

1. Se logró comprobar que las hipótesis planteadas, así como los objetivos propuestos para la realización del presente trabajo se cumplieron al diseñar la propuesta de implementación de un sistema de control, interno para el Instituto Médico de Especialidades, que permitirá mejorar la gestión administrativa y el desempeño del personal en la ejecución de las actividades y tareas de manera eficiente y eficaz.
2. Al finalizar la investigación realizada se puede afirmar que: El no contar con una planeación estratégica y planes operativos institucionales, impide la conocer los objetivos y lineamientos generales. La planificación es compromiso de todas las áreas que conforman el IME.
3. La entidad no dispone de un sistema técnico que permita una adecuada contratación e inducción del personal, lo que ocasiona que las vacantes no se cubran con personal verdaderamente apto para el cargo a ocupar, ocasionando que la eficiencia y eficacia de las operaciones disminuya.
4. No existen programas de evaluación de resultados del recurso humano; el no contar con un diseño técnico de control del desempeño del personal, impide obtener resultados objetivos para una adecuada toma de decisiones que permita el mejoramiento continuo de los trabajadores.
5. El Instituto Médico de Especialidades presentaba deficiencias en la parte administrativa de las diferentes áreas, las mismas que a través de la propuesta de implementación de controles presentados en esta investigación, podrán ser mejoradas obteniendo resultados óptimos en el desempeño de actividades, en los diferentes procesos.

6. El Instituto Médico de especialidades cuenta con equipos de tecnología de punta, infraestructura adecuada y médicos especialistas capacitados y reconocidos en el ámbito de la salud por su buen desempeño profesional, lo que se refleja en que la Clínica es la que mayor aceptación tiene dentro de la zona en la que presta sus servicios que es el norte del País.
  
7. El control interno comprende el plan de organización en todos los procedimientos coordinados de manera coherente a las necesidades del negocio en este caso el Instituto Médico de Especialidades, para proteger y resguardar sus recursos, verificar su exactitud y confiabilidad de los diagnósticos que se emiten, así como también llevar la eficiencia, productividad y custodia en las operaciones para estimular la adhesión a las exigencias ordenadas por la gerencia.

## 7.2 RECOMENDACIONES

1. Será compromiso de las autoridades del Instituto Médico de Especialidades, el diseño e implantación de un Plan Estratégico así como planes operativos para la entidad, que permitan establecer la misión, visión y objetivos para el IME.
2. Dar atención a la creación de manuales de funciones y de procedimientos, que contenga la descripción de los requisitos mínimos de todos y cada uno de los cargos que soportan la estructura administrativa, constituyéndose en un valioso instrumento para los procesos de reclutamiento, selección y evaluación del personal.
3. Es indispensable que la gerencia trabaje en la implementación de un sistema informático que abarque toda la Clínica, de manera que la información sea oportuna, de fácil acceso, y el mismo que permita tener una base de datos actualizada de los pacientes que acuden con sus antecedentes clínicos. Lo que permitirá obtener mejores resultados en la atención que se brinda
4. Las autoridades superiores son las responsables de emitir las políticas y los procedimientos de control, que el resto de los funcionarios deben cumplir como parte de sus obligaciones. Pero no solo las deben emitir, sino que para que realmente cumplan con sus objetivos, deben velar porque se mantengan actualizados, principalmente considerando que los avances tecnológicos cada vez son más rápidos.
5. Se recomienda trabajar en base a indicadores de gestión que permitan medir el desempeño, en los cuales debe constar: número de pacientes, patologías comunes, tipos de pacientes, lo que permitirá determinar si los tratamientos y uso de medicamentos e instrumentos utilizados en las diferentes están acordes a los resultados obtenidos.
6. Atendiendo a las necesidades gerenciales fundamentales, se debe tener en cuenta que los controles se entrelazan a las actividades operativas como un sistema cuya efectividad se acrecienta al incorporarse a la infraestructura y formar parte de la

esencia de la institución. De aquí la importancia de mantener un sistema de control interno permanente que permita que las operaciones sean eficientes y eficaces.

7. Es necesario remarcar la importancia de contar con buenos controles de las tecnologías de información, pues éstas desempeñan un papel fundamental en la gestión, destacándose al respecto el centro de procesamiento de datos, la adquisición, implantación y mantenimiento del software, la seguridad en el acceso a los sistemas, los proyectos de desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.