



ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO

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

CARRERA: INGENIERÍA EN FINANZAS Y AUDITORIA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE INGENIERO EN
FINANZAS CONTADOR PÚBLICO – AUDITOR**

***DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO
ADMINISTRATIVO POR EL MÉTODO “MICIL EN EL HOSPITAL
CARLOS ANDRADE MARÍN HCAM – SERVICIO MÉDICO DE
HEMATOLOGÍA EN LA CIUDAD DE QUITO, PROVINCIA DE
PICHINCHA”***

HUGO FABIÁN FIALLOS RUALES

**DIRECTOR: Dra. EUGENIA CAMACHO
CODIRECTOR: Ing. IVÁN OÑA**

SANGOLQUÍ, Marzo del 2007

AGRADECIMIENTO.

En especial a la ESPE, institución que me ha permitido crecer profesionalmente y ha brindado el apoyo de sus profesores para el aprendizaje continuo.

A mi directora y codirector de la tesis que han sido la guía constante para el correcto desarrollo de la tesis.

A mis padres que me han brindado su apoyo incondicional en todo momento.

Hugo.

DEDICATORIA

A Dios, guía de mis pasos.

A mis padres (Huguito y Marthita), hermanos (Juanito y Andreita), y mi Abuelita que han sabido apoyarme en todo momento y darme la fuerza para seguir adelante brindándome su apoyo siempre.

Por el apoyo que me supieron brindar en todo momento, mil gracias.

Hugo.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certificamos que el Sr. Hugo Fabián Fiallos Ruales ha realizado la tesis de grado titulada "DISEÑO DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO POR EL MÉTODO "MICIL EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN HCAM – SERVICIO MÉDICO DE HEMATOLOGÍA EN LA CIUDAD DE QUITO, PROVINCIA DE PICHINCHA", ha cumplido con todos los requisitos teóricos y técnicos referentes a la realización del presente proyecto, el mismo que ha sido desarrollado y aprobado al consejo Directivo del Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y de comercio

Atentamente.

Dra. Eugenia Camacho
Director

Ing. Iván Oña
Codirector

PRESENTACIÓN.

El propósito de esta tesis es diseñar un sistema de de control interno administrativo por el método MICIL en el Hospital Carlos Andrade Marín HCAM – Servicio médico de Hematología.

El enfoque de esta investigación permite tener una visión específica de lo que se quiere alcanzar para mejorar las funciones del proceso administrativo y funciones de cada empleado que labora en el HCAM – Servicio médico de Hematología, áreas de Banco de Sangre, Hospitalización, y consulta externa, con la finalidad de corregir las falencias que se presenten en el servicio médico.

Desde esta perspectiva el objeto de estudio permitió verificar con sus objetivos, los medios accionarios para las estrategias en función a la esquematización de la propuesta preestablecida en el proceso investigativo.

En otro orden de ideas, la metodología aplicada en este estudio hace referencia a un modelo operativo que permitirá solventar la situación desfavorable encontrada en el funcionamiento del Servicio médico de Hematología y las áreas evaluadas; para lo cual se realizó una investigación de campo de tipo descriptivo, y se utilizaron varias herramientas que permitieron hacer más efectiva la evaluación del Control interno, ayudando así a mejorar, la eficiencia y eficacia de las operaciones, confiabilidad de la información de gestión, protección de los recursos, y cumplimiento de disposiciones legales, reglamentarias y contractuales aplicables.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1. ASPECTOS GENERALES.....	1
1.1. Antecedentes	1
1.1.1. Base legal.....	3
1.1.2. Objetivo General.....	7
1.1.3. Objetivos Específicos.....	7
1.2. La institución	8
1.2.1. Reseña histórica del Hospital Carlos Andrade Marín.....	10
1.2.2. Organigrama.....	13
1.2.2.1. Organigrama Estructural.....	13
1.2.2.2. Organigrama Funcional.....	14
1.2.2.3. Organigrama De personal.....	14
1.2.2.4. Organigrama Por Procesos.....	14
CAPÍTULO II	15
2. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	15
2.1. Análisis Interno	15
2.1.1. Áreas administrativas.....	17
2.1.1.1. Hematología Banco de Sangre.....	17
2.1.1.2. Hematología hospitalización.....	20
2.1.1.3. Hematología consulta externa.....	21
2.2. Análisis Externo	22
2.2.1. Influencias macroeconómicas.....	22
2.2.1.1. Factor político.....	23
2.2.1.2. Factor económico.....	25
2.2.1.3. Factor social.....	35
2.2.1.4. Factor tecnológico.....	39
2.2.1.5. Factor legal.....	40
2.2.2. Influencias Microambientales.....	40
2.2.2.1. Clientes.....	41
2.2.2.2. Proveedores.....	44
2.2.2.3. Competencia.....	49
2.2.2.4. Precios.....	59

CAPÍTULO III.	63
3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.	63
3.1. Misión.	63
3.2. Visión.	63
3.3. Objetivos.	64
3.4. Políticas.	65
3.5. Estrategias.	75
3.6. Principios y valores.	77
CAPÍTULO IV.	80
4. METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DEL CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO POR EL MÉTODO DE MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA (MICIL).	80
4.1. Metodología marco integrado de control interno para Latinoamérica. 81	
4.2. Enfoque y filosofía del marco integrado de control interno para Latinoamérica (MICIL).	82
4.3. Marco conceptual moderno de control interno.	86
4.4. Componentes y factores básicos de control interno para Latinoamérica (MICIL).	90
4.4.1. Entorno o ambiente de control y trabajo institucional.....	93
4.4.2. Evaluación de los riesgos para obtener objetivos.	99
4.4.3. Actividades de control para minimizar riesgos.	103
4.4.4. Información y comunicación para fomentar la transparencia.	109
4.4.5. Supervisión interna continua y externa periódica.....	114
4.5. Limitaciones, responsabilidades y los controles suaves.	116
4.6. Responsabilidad por el diseño y aplicación del control interno para Latinoamérica (MICIL).	118
4.7. Cómo aplicar y evaluar los controles suaves.	119
4.8. Gráfico de la pirámide de control interno para Latinoamérica (MICIL) y los factores por componentes.	120
4.9. Herramientas de evaluación.	122
4.9.1. Métodos de evaluación.	122
4.9.2. Técnicas de evaluación.	137

CAPÍTULO V..... 142

5. CASO PRÁCTICO, DISEÑO DE CONTROL INTERNO POR EL MÉTODO MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA (MICIL). 142

5.1. Hematología Banco de Sangre. 142

5.1.1.	Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.....	142
5.1.2.	Naturaleza y funciones.	143
5.1.3.	Características.....	143
5.1.4.	Objetivos del control interno administrativo.	146
5.1.5.	Ciclo del Departamento de Hematología Banco de Sangre.....	148
5.1.6.	Diagrama de procesos (actual) – Hematología Banco de Sangre.	149
5.1.7.	Debilidades detectadas.....	150
5.1.8.	Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Banco de Sangre. 151	
5.1.9.	Propuesta del sistema de control interno.....	152
5.1.9.1.	Ambiente de control.....	152
5.1.9.2.	Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.....	154
5.1.9.3.	Actividades de control para minimizar los Riesgos.....	156
5.1.9.4.	Información y comunicación.	158
5.1.9.5.	Supervisión.....	160
5.1.10.	Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Banco de Sangre.	162
5.1.11.	Pirámide MICIL – Hematología Banco de Sangre.	167

5.2. Hematología Hospitalización. 168

5.2.1.	Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.....	168
5.2.2.	Naturaleza y funciones.	169
5.2.3.	Características.....	169
5.2.4.	Objetivos del control interno administrativo.	172
5.2.5.	Ciclo del Departamento de Hematología Hospitalización.	174
5.2.6.	Diagrama de procesos (actual) Hematología Hospitalización.....	175
5.2.7.	Debilidades detectadas.....	176
5.2.8.	Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Hospitalización.	177
5.2.9.	Propuesta del sistema de control interno.....	178
Componentes del sistema de control interno. 178		
5.2.9.1.	Ambiente de control.....	178
5.2.9.2.	Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.....	180
5.2.9.3.	Actividades de control para minimizar los Riesgos.....	182
5.2.9.4.	Información y comunicación.	184
5.2.9.5.	Supervisión.....	185
5.2.10.	Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Hospitalización.....	187
5.2.11.	Pirámide MICIL – Hematología Hospitalización.	192

5.3. Hematología Consulta Externa.....	193
5.3.1. Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.....	193
5.3.2. Naturaleza y funciones.	194
5.3.3. Características.....	194
5.3.4. Objetivos del control interno administrativo.	197
5.3.5. Ciclo del Departamento de Hematología Consulta Externa.....	199
5.3.6. Diagrama de procesos (actual) Hematología Consulta Externa. ..	200
5.3.7. Debilidades detectadas.....	201
5.3.8. Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Consulta Externa. 202	
5.3.9. Propuesta del sistema de control interno.....	203
Componentes del sistema de control interno.	203
5.3.9.1. Ambiente de control.....	203
5.3.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.....	205
5.3.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos.....	206
5.3.9.4. Información y comunicación.	209
5.3.9.5. Supervisión.....	210
5.3.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Consulta Externa.	212
5.3.11. Pirámide MICIL – Hematología Consulta Externa.....	217
 CAPÍTULO VI.....	 218
 6. DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PARA LOS INFORMES DE GERENCIA O ADMINISTRACIÓN.....	 218
 6.1. Servicio Médico de Hematológica.....	 218
6.1.1. <i>Diagnóstico y evaluación de informes administrativos.....</i>	218
6.1.2. Naturaleza y funciones.	219
6.1.3. Características.....	219
6.1.4. Objetivos del control interno administrativo.	222
6.1.5. Ciclo de Informes Gerenciales Hematología.....	223
6.1.6. Diagrama de procesos (actual) – Informes Administrativos.....	224
6.1.7. Debilidades detectadas.....	225
6.1.8. Diagrama de procesos propuesto.....	226
6.1.9. Propuesta del sistema de control interno.....	227
Componentes del sistema de control interno.	227
6.1.9.1. Ambiente de control.....	227
6.1.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.....	229
6.1.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos.....	231
6.1.9.4. Información y comunicación.	234
6.1.9.5. Supervisión.....	235
6.1.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Informes Administrativos.....	237
6.1.11. Pirámide MICIL – Hematología Informes Administrativos.....	243

CAPÍTULO VII.....	244
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	244
7.1. Conclusiones.....	244
7.2. Recomendaciones.....	246
GLOSARIO.....	248
BIBLIOGRAFÍA	253

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Muestreo estadístico Trimestral del Banco de sangre: Servicios, Transfusiones, extracciones, exámenes de laboratorio.....	18
CUADRO 2. Resumen de los objetivos de la Reforma al FEIREP	35
CUADRO 3. Resumen de los principales proveedores de fármacos y medicinas del HCAM.....	46
CUADRO 4. Resumen de proveedores de equipos, materiales e insumos médicos.	48
CUADRO 5. Cuadro resumen de costos por grupo de atención médica..	51
CUADRO 6. Cuadro resumen de costos por procedimientos del servicio médico de Hematología en las áreas de consulta externa y hospitalización.....	54
CUADRO 7. Cuadro resumen de costos del área de Banco de Sangre. ...	56
CUADRO 8. Resumen de precios por grupos de atención médica	60
CUADRO 9. Resumen de precios por atención médica en consulta externa	61
CUADRO 10. Resumen de precios por atención médica en el área de hospitalización.....	61
CUADRO 11. MATRIZ FODA.....	75
CUADRO 12. Componentes COSO y MICIL.....	91
CUADRO 13. Resumen de los principales métodos para evaluar el control Interno	123

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Crecimiento del PIB en América Latina periodo 2005-2006 según el FMI y la CEPAL medido en porcentaje.....	25
TABLA 2. Brecha entre el Ingreso Familiar real y la canasta básica familiar, periodo 2004-2005.....	28
TABLA 3. Distribución de los Ingresos del gobierno central del Ecuador, periodo 2005.....	29
TABLA 4. Distribución de los Egresos del gobierno central del Ecuador, periodo 2005.....	30
TABLA 5. Indicadores del mercado laboral urbano en porcentaje de la población total (2005).....	36
TABLA 6. Resumen de aportaciones por tipo de afiliado.....	43
TABLA 7. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "FO"	71
TABLA 8. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "FA"	72
TABLA 9. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "DO"	73
TABLA 10. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "DA"	74
TABLA 11. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Banco de Sangre.....	162
TABLA 12. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Hospitalización.	187
TABLA 13. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Consulta Externa.	212
TABLA 14. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología – Informes Administrativos o de Gestión.	237

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Producto Interno Bruto en millones de dólares y Crecimiento económico (1994-2006).	26
GRAFICO 2. Variación porcentual, inflación mensual acumulada, periodos 2004-2005-2006.	27
GRAFICO 3. Costo de la canasta básica familiar, Ingreso familiar mensual y Brecha de consumo en dólares y en porcentajes (2000-2005)	28
GRAFICO 4. Egresos Gobierno Central, en millones y porcentajes. Año 2005	30
GRAFICO 5. Ingresos Gobierno Central, en millones y porcentajes. 2005... ..	31
GRAFICO 6. Inversión en educación, salud, y deuda externa en porcentajes del PIB (2004-2005).	32
GRAFICO 7. Distribución Inicial del FEIREP, Propuesta de reformas, y distribución final.	33
GRAFICO 8. Cobertura de Salud en Ecuador 2005.	36
GRAFICO 9. Indicadores de Empleo de Quito, Guayaquil y Cuenca, en porcentajes de población (2005).	38
GRÁFICO 10. Porcentaje de participación de los proveedores de fármacos y medicamentos del HCAM.....	47
GRÁFICO 11. Porcentaje de participación de los proveedores de equipos materiales e insumos del HCAM.....	49
GRÁFICO 12. Costos por Grupo de Atención Médica.	52
GRÁFICO 13. HCAM Vs. Competencia; por Grupo de Atención Médica.	53
GRÁFICO 14. Costos Por Procedimientos Médicos Hematológicos, Hospitalización Y Consulta Externa.	55
GRÁFICO 15. HCAM Vs. Competencia; Procedimientos Hematológicos.. ..	56
GRÁFICO 16. Costos Banco de Sangre separado por partes	57
GRÁFICO 17. HCAM Vs. Competencia; Banco de Sangre.....	58
GRÁFICO 18. Porcentaje de aporte económico de las áreas de Hospitalización, Banco de sangre y Consulta externa; al servicio médico de Hematología.	62
GRÁFICO 19. Gráfico de la pirámide del MICIL y los factores por componentes.....	121
GRÁFICO 20. Diagrama de Causa – Efecto.	125
GRÁFICO 21. Hoja de Verificación.	126
GRÁFICO 22. Histogramas.....	127
GRÁFICO 23. Diagrama de Pareto.....	128
GRÁFICO 24. Estratificación.....	129
GRÁFICO 25. Gráfico de control.....	130
GRÁFICO 26. Lluvia de ideas.	131
GRÁFICO 27. Diagrama de afinidad.	133
GRÁFICO 28. Diagrama de árbol.....	134
GRÁFICO 29. Ciclo de Hematología Banco de Sangre.	148
GRÁFICO 30. Ciclo de Hematología Hospitalización.	174
GRÁFICO 31. Ciclo de Hematología Consulta Externa.	199
GRÁFICO 32. Ciclo de Informes Gerenciales Hematología.	223

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Organigrama Estructural Hospital Carlos Andrade Marín (Actual)	13
ANEXO 1.1. Organigrama Estructural HCAM – Servicio Médico de Hematología (Actual).	13
ANEXO 1.2. Organigrama Estructural HCAM – Servicio Médico de Hematología (Propuesto).	13
ANEXO 2. Organigrama funcional (Propuesto).	14
ANEXO 3. Organigrama de personal (Propuesto).	14
ANEXO 4. Organigrama Por Procesos (Propuesto).	14
ANEXO 5. Formas y Marcas de Auditoría para Diagramas de Proceso. ...	136

INTRODUCCIÓN.

Los capítulos de esta Tesis resumen la evaluación del control interno Administrativo a través del Marco Integrado de control interno para el Hospital Carlos Andrade Marín – Servicio médico de Hematología y sus tres áreas: Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta externa.

Esta tesis ofrece reflexiones útiles sobre los problemas administrativos con los que habrían de enfrentarse los responsables de la administración del servicio médico de Hematología en sus tres áreas (Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta externa); así como las condiciones ambientales y organizativas dentro de las cuales se desenvuelve el servicio y los recursos necesarios para triunfar en estas situaciones.

El contenido de la tesis

El Capítulo I de la presente tesis narra los aspectos generales del Hospital Carlos Andrade Marín, La base legal que enmarca a la institución, sus objetivos, la reseña histórica y la estructura institucional ampliando el Servicio médico de Hematología y sus áreas: Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta externa; abarcando la estructura, funciones, procesos y personas involucradas dentro del Servicio médico.

El Capítulo II hace mención del análisis situacional del Hospital Carlos Andrade Marín, tomando en cuenta los factores internos que influyen en el servicio médico de hematología áreas de Banco de Sangre, Hospitalización y consulta externa; así como también el análisis externo donde se describe como afectan los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos y legales que son variables macroeconómicas. Las variables microambientales también serán analizadas; estas incluyen a los clientes, proveedores, la competencia y los precios afines al sector de la salud.

El Capítulo III hace referencia al direccionamiento estratégico de la institución, su Misión, Visión, Objetivos, Políticas, Estrategias, Principios y valores.

El capítulo IV contiene la metodología para la aplicación del control interno administrativo por el método de marco integrado de control interno para Latinoamérica (MICIL), que será el modelo base para evaluar el control Interno Administrativo del Hospital Carlos Andrade Marín – Servicio médico de Hematología y sus tres áreas. Describe la metodología del MICIL, su enfoque, filosofía, marco conceptual, los componentes y factores básicos del control interno; el alcance, sus limitaciones, la manera de aplicar controles suaves, y las herramientas y técnicas que sirven como herramientas en la evaluación del control interno.

El capítulo V comprende el caso práctico donde se aplicará la metodología del MICIL para evaluar, diagnosticar y proponer soluciones para el Servicio médico de Hematología y sus áreas de Banco de sangre, Hospitalización y consulta externa. Contiene a detalle la naturaleza y funciones de cada área, sus características, los objetivos del control interno administrativo, cuál es el ciclo en el área, las actividades de cada área en un diagrama de procesos, las debilidades de los mismos, la propuesta del sistema de control interno para cada área evaluada y el análisis de los componentes del MICIL y sus subcomponentes.

El capítulo VI usa la misma metodología aplicada en el capítulo V, para evaluar el proceso de la administración en la elaboración de los informes de gestión que son la base para la toma de decisiones.

En el capítulo VII se encuentran las conclusiones y recomendaciones que ayudarán a las autoridades administrativas a comprender cuál fue el resultado de la evaluación del control interno administrativo y cuales son las recomendaciones para tomar decisiones en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales a fin de construir condiciones óptimas que den a la gestión administrativa el poder para el cambio y el cumplimiento de los principios básicos de economía, eficiencia, eficacia, ecología y ética; en su búsqueda para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

INTRODUCTION.

The chapters of this Thesis summarize the evaluation of the Administrative internal control through the MICIL for the Hospital Carlos Andrade Marín - medical Service of Hematología and their three areas: Bank of Blood, Hospitalization and external Consultation.

This thesis offers useful reflections on the administrative problems with those that must face those responsible for the administration of the medical service of Hematología in its three areas (Bank of Blood, Hospitalization and external Consultation); as well as the environmental and organizational conditions inside which it is unwrapped the service and the necessary resources to triumph in these situations.

The content of the thesis

The Capítulo I of the present thesis narrates the general aspects of the Hospital Carlos Andrade Marín, The legal base that frames to the institution, its objectives, the historical review and the institutional structure enlarging the medical Service of Hematología and its areas: Bank of Blood, Hospitalization and external Consultation; embracing the structure, functions, processes and people involved inside the medical Service.

The Chapter II makes mention of the situational analysis of the Hospital Carlos Andrade Marín, taking into account the internal factors that infer in the medical service of hematología areas of Bank of Blood, Hospitalization and external consultation; as well as the external analysis where it is described like they affect the political, economic, social, technological and legal factors that are variable macroeconomic. The variable microambientales will also be analyzed; these they include the clients, suppliers, the competition and the prices tune to the sector of the health.

The Chapter III makes reference to the strategic direccionamiento of the institution, its Mission, Vision, Objectives, Political, Strategies, Principles and values.

The chapter IV contains the methodology for the application of the administrative internal control for the method of integrated mark of internal control for Latin America (MICIL) that will be the pattern it bases to evaluate the Administrative Internal control of the Hospital Carlos Andrade Marín - medical Service of Hematología and its three areas. It describes the methodology of the MICIL, their focus, philosophy, conceptual mark, the components and basic factors of the internal control; the reach, their limitations, the way to apply soft controls, and the tools and technical that serve as tools in the evaluation of the internal control.

The chapter V understands the practical case where the methodology of the MICIL will be applied to evaluate, to diagnose and to propose solutions for the medical Service of Hematología and its areas of Bank of blood, Hospitalization and external consultation. It contains to detail the nature and functions of each area, their characteristics, the objectives of the administrative internal control, which the cycle is in the area, the activities of each area in a diagram of processes, the weaknesses of the same ones, the proposal of the system of internal control for each evaluated area and the analysis of the components of the MICIL and its subcomponents.

The chapter SAW it uses the same methodology applied in the chapter V, to evaluate the process of the administration in the elaboration of the administration reports that you/they are the base for the taking of decisions.

In the chapter VII they are the conclusions and recommendations that you/they will help to the administrative authorities to understand which the result of the evaluation of the administrative internal control was and which are the recommendations to make decisions in the search of the execution of the institutional objectives in order to build good conditions that give to the administrative administration the power for the change and the execution of the basic principles of economy, efficiency, effectiveness, ecology and ethics; in their search for the execution of the institutional objectives.

CAPÍTULO I.

1. ASPECTOS GENERALES.

1.1. Antecedentes.

El sustento histórico de la Seguridad Social en el Ecuador, nace un 13 de marzo de 1928, fecha en la que se crea la Caja del Seguro Ecuatoriano como conquista laboral alcanzada por la clase trabajadora para obtener protección social, el primero de mayo de ese año, fue creada la Caja de Pensiones y luego, un 8 de octubre de 1935, bajo el Gobierno del entonces Presidente, Ingeniero Federico Páez, se crea el Instituto de Prevención como entidad rectora del Sistema del Seguro Social del Ecuador. El 1 de mayo de 1936 se iniciaron las primeras atenciones médico — preventivas de los asegurados, en un local anexo del Hospital “San Juan de Dios” de la ciudad de Quito de aquel tiempo, En el mes Julio de 1937 se crea el Departamento Médico, por acuerdo institucional del Instituto Nacional de Prevención, reglamentándose por primera vez el Seguro de Enfermedad.

El Seguro Social de aquella época, para atender las necesidades de hospitalización de sus afiliados, recurrió a brindar asistencia social, alcanzando que ingresaran al Hospital “Eugenio Espejo” de Quito.

En el año de 1938 fue escogido Director del Departamento Médico, el Doctor Carlos Andrade Marín, él mismo que consolido la etapa del Servicio Médico Social, con la consecución de un edificio ubicado en las calles Manabí y García Moreno de la ciudad de Quito (En la actualidad es el Dispensario Central de Prestación Médica de Quito del IESS), una Clínica Provisional con 80 camas, misma que comenzó a funcionar un 28 de diciembre de 1946, brindando atención médica básica y especializada, mientras se construyera un verdadero hospital. Dicha Clínica crecía institucionalmente, incorporando profesionales médicos de gran capacidad y ejecutando procedimientos médicos y quirúrgicos cada vez más técnicos y avanzados, lo que la llevaron a sea reconocida por la Asociación Americana de Hospitales, incorporándola como su miembro en el año de 1943.

Bajo el Gobierno del entonces Presidente Velasco Ibarra, el 1 de febrero de 1961, se firma el contrato para la construcción del Hospital del Seguro , que deberá ser construido en la antigua quinta Miraflores, ubicada entre las calles Portoviejo y 18 de Septiembre de Quito — Ecuador.

El Hospital del Seguro Social fue inaugurado el 30 de mayo de 1970, con el nombre de “Carlos Andrade Marín”, siendo presidente constitucional de la república el Dr. José María Velasco Ibarra.

Desde su apertura, han transcurrido 36 años, cada uno de ellos con mayor trascendencia que el anterior, tiempo en el cual los avances de la ciencia y la tecnología han obligado a incorporarnos, para otorgar una atención médica integral a los afiliados, obteniendo equipos de punta como la Gamma Cámara, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, Litotriptor, Video cirugía, Máquinas de Diálisis, Hemodinámica, Terapia Intensiva, Cuidados Intensivos a los neonatos, Laboratorios especializados, Centro Gástrico que ayuda para la detección temprana del cáncer gástrico, Quirófanos inteligentes, Tratamientos quirúrgicos mediante laparoscopia, Unidad de Cobalto, etc., que han beneficiado al afiliado y han permitido brindar una atención integral.

El modelo del IESS se fundamenta en sus Principios Rectores, determinados en el Art. 1, de la Ley de Seguridad Social Obligatorio, como son la Solidaridad, Obligatoriedad, Universalidad, Equidad, Eficiencia, Subsidiariedad y Suficiencia, que se fundamenta en los aportes de cada afiliado, en beneficio de quien necesita la atención por onerosa que esta fuera.

El Hospital Carlos Andrade Marín fue equipado por AHSECO (American Hospital Suplí Export Corporation Evanston Illinois – USA.); en la actualidad, el HCAM, cuenta con 700 camas y brinda atención en todas las especialidades médicas existentes.

1.1.1. Base legal.

Todas las instituciones necesitan desarrollar las actividades para las cuales fueron creadas, pero, para que sus actividades se desarrollen de la mejor manera es necesario que existan leyes, reglamentos y normas de carácter legal que regulen su funcionamiento, por lo que el cumplimiento de las mismas es indispensable y debe cumplirse a cabalidad.

“Las entidades que integran el Sistema Nacional de Seguridad Social y las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema de Seguro Privado, para su constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción se sujetaran a las disposiciones de la Ley de Seguridad Social, a la Ley General de Seguros y su Reglamento, a la Ley General de Instituciones del Sistema Financiero y su Reglamento, a la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control, a la Ley de Mercado de Valores, al Código de Comercio, a la Ley de compañías, en forma supletoria, y a las normas reglamentarias y resoluciones que para el efecto dicten los organismos de control creados por la Constitución Política de la República.”¹

Las leyes, reglamentos, normas, políticas y demás disposiciones legales que tienen relación directa con la institución, así como también los organismos y entidades de control a las cuales se ve íntimamente ligado el Hospital Carlos Andrade Marín y el Servicio Médico de Hematología se describen a continuación:

Ley de seguridad social, Ley 2001-55 - R.O. No. 465 - 30 de Noviembre de 2001: esta ley enmarca todos los aspectos generales y específicos dictados por el estado ecuatoriano respecto del manejo de la seguridad social y todo su entorno, los sujetos de protección, las personas que son beneficiarias de la seguridad social, los campos de acción y la forma y manejo de los recursos, así también los riesgos que se cubren; y todo esto se enmarca bajo los principios rectores de:

¹ Ley de seguridad social, Ley 2001-55 - R.O. No. 465 – 30/Nov/2001. Art. 304

“Obligatoriedad es la prohibición de acordar cualquier afectación, disminución, alteración o supresión del deber de solicitar y el derecho de recibir la protección del Seguro General Obligatorio.

Universalidad es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos.

Equidad es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

Eficiencia es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios.

Subsidiariedad es el auxilio obligatorio del Estado para robustecer las actividades de aseguramiento y complementar el financiamiento de las prestaciones que no pueden costearse totalmente con las aportaciones de los asegurados.

Suficiencia es la entrega oportuna de los servicios, las rentas y los demás beneficios del Seguro General Obligatorio, según el grado de deterioro de la capacidad para trabajar y la pérdida de ingreso del asegurado”²

Ley de régimen tributario interno; como toda institución el HCAM también interviene en el campo tributario, por lo que debe cumplir con las normas y disposiciones legales que dispone esta ley,

Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública: Al ser una institución pública, debe rendir cuentas ante el estado y la sociedad por lo que

² Ley de seguridad social, Ley 2001-55 - R.O. No. 465 – 30/Nov/2001. Art. 1

garantiza y norma el ejercicio del derecho fundamental de las personas a la información conforme a las garantías consagradas en la Constitución Política de la República, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Convención Interamericana sobre Derechos Humanos y demás instrumentos internacionales vigentes, de los cuales nuestro país es signatario

LOSCCA “Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa”: El HCAM al ser una institución pública, se encuentra bajo el campo de aplicación de esta ley; cuyo objetivo es propender por el desarrollo profesional y personal de los servidores públicos, en búsqueda de lograr el permanente mejoramiento de la eficiencia, eficacia y productividad del Estado ecuatoriano y sus instituciones, mediante el establecimiento, funcionamiento y desarrollo de un sistema técnico de administración de recursos humanos, que permita establecer la base para sustentar los principios de unidad, transparencia, igualdad, equidad, lealtad, racionalidad, descentralización y desconcentración, productividad, eficiencia, competitividad y responsabilidad.

Código de Trabajo: contempla a todo el trabajador o trabajadora, protegido por el Código del Trabajo, que labora en alguna de las diferentes ramas de trabajo o actividades económicas cuyos sueldos o salarios son regulados con base en las revisiones propuestas por las Comisiones Sectoriales, sobre la suma de las remuneración unificada mensual de que trata el Art. 119 del Código del Trabajo, vigente al 31 de mayo de 2000, más treinta dólares (USD 30) mensuales.

Resolución No. 056, Reglamento General de las unidades médicas del IESS; esta resolución norma todas las unidades médicas del IESS, habla sobre la estructura orgánica, responsabilidades, y funciones de todas las áreas, departamentos y dependencias del hospital, los órganos de gestión y las responsabilidades a su cargo.

Los organismos de Control para el Hospital Carlos Andrade Marín son:

Contraloría General del Estado: conforme al artículo 211 de la Constitución Política de la República, su influencia es ejerciendo el control sobre los recursos de las entidades públicas integrantes del Sistema Nacional de Seguridad Social; este organismo se regirá a la LOCGE y su campo de aplicación.

“Las funciones principales de la contraloría general del estado son:

- ★ Practicar auditoria externa a las instituciones del estado y exigir la ejecución de recomendaciones establecidas en los informes de Auditoría.
- ★ Evaluar las auditorias hechas por compañías privadas.
- ★ Examinar los ingresos, gastos, inversiones, custodia, de recursos públicos de cualquier fuente de financiamiento.
- ★ Evaluar la economía, eficiencia y efectividad de la gestión pública.
- ★ Actuar junto al ministerio público para iniciar juicios penales..
- ★ Requerir a instituciones públicas estudios técnicos del ámbito de su competencia
- ★ Examinar los fondos reservados para la defensa nacional.
- ★ Capacitar a los servidores públicos para el control y Auditoría.
- ★ Informar al congreso y al presidente sobre las labores de control.
- ★ Dictar regulaciones para la auditoria gubernamental.
- ★ Establecer responsabilidades por incumplimiento de la ley.
- ★ Evaluar resultados de consultorías y asesorías que requieran recursos públicos.
- ★ Controlar las obras públicas en sus diferentes etapas.
- ★ Auditar todo financiamiento internacional.
- ★ Llevar registro de contratos incumplidos.
- ★ Contratar a profesionales cuando el caso lo requiera.
- ★ Emitir y actualizar el reglamento interno orgánico funcional.
- ★ Ejercer la coactiva para recaudar sus propios créditos.
- ★ Exigir declaraciones patrimoniales e investigar enriquecimiento ilícito.
- ★ Controlar procesos en que el estado delegue facultades al sector privado.
- ★ Registrar las cauciones rendidas por servidores públicos.
- ★ Ejercer funciones que le confiera la constitución política”³

LOCGE. “Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado”: Esta ley sirve para controlar, verificar y evaluar el desenvolvimiento de las instituciones del Estado, permite controlar el logro de los objetivos de las instituciones públicas y evaluar la utilización de los recursos públicos por parte de las entidades del Estado, también establecerá las funciones y atribuciones que realizarán los delegados de la contraloría general del estado, también evaluara los procesos de apoyo; para el caso de la Contraloría General los procesos de apoyo y asesoría son los

³ LOCGE, Ley Orgánica de la contraloría general del Estado

siguientes: de Servicios Administrativos, encargado de administrar los recursos humanos, materiales y de seguridad, financieros institucionales, tecnología informática y planeamiento de seguridad; de Asesoría Jurídica, para proveer de servicios de asesoría legal; y de Auditoría Interna, destinado a definir políticas, normas, procedimientos y la gestión de control interno, es decir en la practica si se usa y se aplica el Reglamento Orgánico Funcional.

La Superintendencia de Bancos y Seguros, según el artículo 222 de la Constitución Política de la República, debe controlar las actividades económicas y los servicios que brinden las instituciones públicas y privadas de seguridad social, atiendan al interés general y se sujeten a las normas legales vigentes.

IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), puesto que es el ente rector del Hospital Carlos Andrade Marín y demás dispensarios y hospitales bajo el manejo del estado ecuatoriano, este es el encargado de normar al Hospital y es a quien se le rinde cuentas puesto que el HCAM esta bajo su dependencia.

1.1.2. Objetivo General.

“Proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra la ley de seguridad social.”⁴

1.1.3. Objetivos Específicos.

- ★ Implementar planes estratégicos de conformidad con el perfil epidemiológico y necesidades de la comunidad

- ★ Contar con una organización, por servicios y procesos enfocados a la satisfacción del usuario

⁴ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, pagina web. <http://www.iess.gov.ec>

- ★ Fortalecer el liderazgo institucional, gobernabilidad aumentada por la permanencia en el cargo de una conducción capacitada y eficiente, gerencia sobre la base de compromisos de gestión, modelo de rendición de cuentas de complejidad creciente.
- ★ Velar por la profesionalización de los niveles gerenciales y desarrollo de los Recursos Humanos.
- ★ Implementar un Sistema de Información Gerencial que sirva como herramienta para la toma de decisiones gerenciales y permita crear una cultura gerencial que desafíe a la mejora continua de los indicadores de Producción, rendimiento y costos.
- ★ Rehabilitar la infraestructura física y tecnológica. Reequipamiento.
- ★ Integrar la información de costos y capacidad productiva como base de la planificación a través del vínculo existente entre objetivos, metas y presupuestos.

1.2. La institución.

Las instituciones son estructuras y mecanismos de orden social y cooperación que gobiernan el comportamiento de un grupo de individuos. Las instituciones trascienden las vidas e intenciones humanas al identificarse con la permanencia de un propósito social, y gobiernan el comportamiento humano cooperativo mediante la elaboración e implantación de reglas.

“El término institución se aplica comúnmente a las normas de conducta y costumbres consideradas importantes para una sociedad, como las particulares organizaciones formales de gobierno y servicio público. Como estructuras y mecanismos de orden social en la especie humana, las instituciones son uno de

los principales objetos de estudio en las ciencias sociales, como sociología, ciencia política y economía.”⁵

Hay muchos grados de instituciones, formales e informales, públicas o privadas.

Las públicas son parte de la sociedad y pertenecen al estado, estas son accesibles para todas las clases sociales.

Las instituciones privadas, son entes independientes del estado, conformadas con capitales propios y muchas veces accesibles para una parte de la sociedad.

El estudio de estas instituciones es de gran valor para entender muchos comportamientos políticos, económicos, etc.

Las instituciones sociales son un sistema de convenciones sociales duraderas y organizadas, dirigidas por una estructura reconocible dentro de la sociedad. Ellas deben ser conocidas y reconocidas en la misma estructura.

Las instituciones sociales se recrean culturalmente en los procesos temporales que cada época enfrenta. Muchas veces la crisis de una institución aparentemente muestra su destrucción, pero lo cierto es que las mismas crisis muestran los elementos simbólicos esenciales para cada sociedad, donde ésta última necesita ajustarse permanentemente debido al carácter conflictivo de la historia y, por ende, de las relaciones sociales.

El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es una institución pública cuyo propósito es brindar el servicio de salud para asegurar la seguridad social de la población en general.

El HCAM recibe los recursos del estado y esta bajo la dependencia del Instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS); los ingresos que se perciben por la

⁵ Enciclopedia temática. <http://www.wikipedia.com>

atención de salud son de los capitales de los afiliados aportantes al IESS y también de personas no afiliadas, a través de pago directo, e instituciones cuando existen convenios empresariales para la atención por servicios de salud que brinda el HCAM.

1.2.1. Reseña histórica del Hospital Carlos Andrade Marín.

El Hospital Carlos Andrade Marín abre sus puertas el sábado 30 de mayo de 1970 para entregar atención de salud a los afiliados, beneficiarios y jubilados del país, al disponer de una moderna y funcional infraestructura física, equipamiento de avanzada tecnología y el recurso humano capacitado, garantizando atención de alta especialidad y ubicándose a nivel de los mejores centros hospitalarios de Latinoamérica.

En 1936 se establece el seguro médico del Seguro Social como una sección del Instituto En 1937 se reforma la Ley del Seguro Social Obligatorio, incorporando el Seguro de Enfermedad como un beneficio adicional para el afiliado.

Las autoridades de ese entonces no escatimaron recursos para la construcción de este importante Centro de Salud que lleva el nombre del destacado médico Carlos Andrade Marín que dirigió el departamento médico del seguro social desde 1937, dando empuje al servicio de salud que establecían los estatutos de la Caja de Previsión Social.

Al tiempo de su apertura fue calificado como “Elefante Blanco”, que nunca se llenaría, el Hospital ha probado que es un beneficio para la ciencia y la humanidad. Actualmente ha crecido la población derecho habiente, se han acortado las posibilidades económicas para la medicina privada, el hospital se ha encogido en bienes y gentes de modo que la lujosa atención brindada a los primeros pacientes, se ha derivado en un estrecho pero casi siempre eficaz Servicio Médico a los afiliados, beneficiarios y jubilados del IESS.

Durante 36 años de trayectoria ha contado con tecnología avanzada, en radiología, isótopos, ecosonografía, resonancia magnética, electrocardiograma,

ergometría, hemodinámica, neurofisiología, endoscopia, broncoscopios, cistoscopias, laparoscopias, laboratorio clínico, bacteriológico, entre otras, permitiéndole efectuar cirugías de alto riesgo de corazón abierto, trasplantes renales, trasplantes de córnea, neurológicas, urológicas, ginecológicas, otorrinolaringológicas, prótesis de cadera, prótesis vascular periférica, cirugía plástica, quemados, cirugías laparoscópicas. Así mismo se efectúan intervenciones coronarias, por catéter, diálisis para insuficientes renales, litotripsia. Cuenta con Neonatología, Banco de Sangre y terapia intensiva, la más avanzada del país. Medicina Interna creó reglamentos y algoritmos para la atención de epidemias; SIDA, cólera, tifoidea, lupus o intoxicaciones.

Bajo la administración del Dr. Jacinto montero Zamora, se continúa con la gran tarea de remodelar y reequipar esta unidad de salud, para ir avanzando al mismo ritmo de la ciencia y la tecnología, todo esto con el fin de entregar servicios de calidad y calidez para los miles de afiliados que confían el cuidado de su salud en manos de profesionales calificados que laboran en el Hospital Carlos Andrade Marín, uno de los más importante de la red de Salud del IESS.

Los modernos servicios de salud que proporcionan atención integral al paciente deben contar con un servicio de Hematología de acuerdo con la complejidad y las necesidades institucionales y de la comunidad.

Los servicios de Hemoterapia o Banco de Sangre se organizaron en el Ecuador a mediados del siglo pasado, a raíz de las necesidades de una práctica médica incipiente en la cual se iniciaban las técnicas quirúrgicas con los primeros Médicos especialistas llegados principalmente de Europa. La Cruz Roja Ecuatoriana forma el primer Banco de Sangre.

En el Hospital Carlos Andrade Marín nace el Servicio Médico de Hematología en 1973, con la creciente demanda de pacientes con problemas hematológicos, se conforma de un médico, una secretaria y un residente, sin espacio físico asignado, funcionando conjuntamente con el Servicio Médico de medicina interna; para el año de 1974 se le asigna una planta física al Servicio Médico de

Hematología con una planta propia para médicos residentes e incrementando el personal con médicos tratantes dándole gran apertura ya que el Dr. Claudio Cañizares, Jefe del Servicio Médico de Hematología y Director médico social de aquel entonces era encargado de administrar Hematología que abarcaba (Genética, Inmunología e histocompatibilidad, laboratorio de hemopatología, Microscopia electrónica, y Banco de Sangre); con el pasar del tiempo este servicio se fue desmembrando hasta llegar a la estructura Actual donde se adscribe el Banco de Sangre y se atiende en consulta externa y hospitalización.

El Sistema Nacional de Sangre está conformado por tres niveles:

Nivel País, representado por el Comité Nacional de Sangre con su Secretaría Nacional y el Comité Técnico; constituye el nivel de mayor jerarquía de la Red de Bancos y Depósitos de Sangre.

Nivel Zonal constituido por seis coordinadoras zonales, dependen jerárquicamente de la Secretaría Nacional de Sangre, se constituyen en el nivel de mayor jerarquía operativo y su Red está constituida por todos los Bancos y Depósitos de Sangre ubicados en las provincias de su influencia.

Nivel Local constituido por los Bancos de Sangre y depósitos de sangre ubicados en las diferentes provincias, estos dependen jerárquicamente del nivel zonal y se constituyen en el nivel operativo del Sistema Nacional de Aprovechamiento de Sangre y sus Derivados. La red de Bancos de Sangre está constituida por 38 Bancos pertenecientes a 5 Instituciones autorizadas para este desempeño y de ellos, el 79.9% pertenece a la Cruz Roja Ecuatoriana. En el 2000, el 30.3% de la sangre se obtuvo de donantes voluntarios y el 69,7% de familiares o compensatorios. La tasa de recolección de sangre por 10.000 habitantes es de 68 unidades para el 2000, valor muy por debajo de recomendado internacional. El porcentaje de fraccionamiento de sangre fue del 67,2%, existiendo un 32,8% que todavía se transfunde como sangre total, ya sea por falta de equipamiento necesario para su fraccionamiento o por que el médico solicitante la prefiere;

siendo lo ideal el fraccionamiento de todas las unidades de sangre donadas, para optimizar el uso de todos sus componentes.

1.2.2. Organigrama.

Un organigrama es la representación gráfica de la estructura organizativa de una empresa u organización. Representa las estructuras departamentales y, en algunos casos, las personas que las dirigen, haciendo un esquema sobre las relaciones jerárquicas y competencias en vigor en la organización.

Desempeña un papel informativo, al permitir que los integrantes de la organización y de las personas vinculadas a ella conozcan, a nivel global, sus características generales.

1.2.2.1. Organigrama Estructural.

El organigrama estructural permite conocer la distribución jerárquica de los departamentos y áreas de la institución de una manera gráfica de fácil comprensión.

ANEXO 1. Organigrama Estructural Hospital Carlos Andrade Marín (Actual)

ANEXO 1.1. Organigrama Estructural HCAM – Servicio Médico de Hematología (Actual).

- ✦ Muestra gráficamente la estructura actual del Servicio Médico de Hematología y las áreas de Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta externa.

ANEXO 1.2. Organigrama Estructural HCAM – Servicio Médico de Hematología (Propuesto).

- ✦ Representa la propuesta formulada al organigrama estructural actual.

1.2.2.2. Organigrama Funcional.

ANEXO 2. Organigrama funcional (Propuesto).

- ✦ Este organigrama permite saber las funciones y roles que cumple cada área o departamento definido en el organigrama estructural propuesto para el Servicio Médico de Hematología y las áreas de Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa.

1.2.2.3. Organigrama De personal.

ANEXO 3. Organigrama de personal (Propuesto).

- ✦ Este organigrama permite conocer los cargos, y el número de personas que se encuentran dentro de un área o departamento.

1.2.2.4. Organigrama Por Procesos.

ANEXO 4. Organigrama Por Procesos (Propuesto).

- ✦ Este tipo de organigrama permitirá entender de manera grafica los procesos que se realizan dentro del Servicio Médico de Hematología, y sus áreas: Banco de Sangre, Hospitalización y consulta externa, haciendo una diferencia entre las áreas administrativas y las áreas operativas.

CAPÍTULO II.

2. ANÁLISIS SITUACIONAL.

2.1. Análisis Interno.

El hospital Carlos Andrade Marín, es un hospital de nivel III, que es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

La atención que brinda el hospital en servicios de salud se dirige hacia el afiliado, la familia, particulares y el público en general.

Dentro del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), existen 32 servicios médicos especializados cada uno en un campo definido; dentro de estos se encuentra el Servicio Médico de Hematología que es un servicio especializado en enfermedades de la sangre y problemas de coagulación que presta apoyo a los servicios que tengan pacientes con patologías hematológicas a través de ínter consultas. Dentro de las patologías más comunes que se atienden por el Servicio Médico de Hematología, se encuentran las Leucemias, Anemias, trastornos de coagulación entre otras enfermedades que afectan a la sangre y que en su mayoría son de difícil cura; y de los procedimientos más comunes se encuentran las biopsias de ganglios y de médula, estudios periféricos de sangre, quimioterapias, medulogramas entre otros.

Dentro de este Servicio Médico se encuentra el área del Banco de Sangre, considerado una unidad crítica dentro de la institución debido al rol trascendental que cumple como administrador de sangre y hemocomponentes de manera tal que abastece a los servicios y unidades médicas que los requieran.

En el Servicio Médico de Hematología se brinda atención tanto al paciente ambulatorio (consulta externa), como al paciente que se encuentra hospitalizado

que debido a su condición médica requiere de un tratamiento más delicado y bajo la supervisión médica permanente.

El Servicio Médico de Hematología es un Servicio Médico de carácter clínico terapéutico, cuya obligación es brindar atención médica a los pacientes que presenten patologías hematológicas. Por lo que los médicos tratantes del Servicio Médico acuden a cualquiera de los servicios del Hospital Carlos Andrade Marín, donde existan pacientes que requieran de la atención hematológica.

Hematología, también brinda apoyo a los laboratorios del hospital, actuando como un ente asesor en las técnicas, procedimientos y evaluación de resultados de las pruebas que se realizan en los mismos.

El servicio médico de Hematología cuenta con 3 áreas para atender a sus pacientes.

La primera es el Banco de Sangre del HCAM; en donde se brinda atención a todos los donantes que se presenten para hacer su donación, se evalúa la calidad de la sangre y se procede al fraccionamiento de la misma para obtener los productos que servirán a los pacientes que requieren de hemocomponentes.

La segunda área es Hospitalización, donde se brinda atención a los pacientes con problemas hematológicos, administrándoles tratamientos clínicos y procedimientos que van en beneficio de su salud; el principal rol del área es estabilizar al paciente hasta que pueda ser dado de alta y se integre normalmente a sus tareas cotidianas.

La tercera área es Consulta Externa donde se atienden a los pacientes para evaluar su estado de salud, diagnosticar si posee una patología hematológica y recetar el tratamiento adecuado según la enfermedad. En esta área también se realizan consultas subsecuentes para dar seguimiento a los tratamientos de los pacientes y controlar su evolución.

2.1.1. Áreas administrativas.

2.1.1.1. Hematología Banco de Sangre.

El Banco de Sangre es una dependencia crítica del Hospital Carlos Andrade Marín, es el encargado de administrar los componentes sanguíneos y de realizar hemoterapia a los pacientes con problemas hematológicos propios de las patologías que se tratan en el Servicio Médico de Hematología.

Cumple las funciones de la atención al paciente tanto interno cuando se trata de pacientes o afiliados y externos cuando son donantes compensatorios o de cirugía de corazón que asisten voluntariamente para ver la posibilidad de donar unidades de sangre, ya que primero deberán pasar la revisión y las pruebas médicas que lo habiliten como donante.

Una vez que el donante es apto; dentro del Banco de Sangre se procede con el proceso de extracción de la unidad de sangre, ya sea por una funda doble o una triple de acuerdo a las necesidades y disponibilidad de los componentes en el Banco de Sangre.

Una vez extraídas las unidades de sangre, se realizan dos procesos simultáneos dependientes el uno del otro; el proceso dependiente es el fraccionamiento donde acorde al pedido de componentes sanguíneos y disponibilidad de estos, se realizarán los procedimientos para separar las unidades de sangre en hemocomponentes que serán almacenados temporalmente hasta que el proceso de cuál depende el fraccionamiento se ejecute.

Este proceso es el de las pruebas serológicas e inmunohematológicas donde se analizan muestras de las unidades sanguíneas a fin de decidir la idoneidad de la sangre y así, dar el siguiente paso que es el almacenaje definitivo de los productos almacenados temporalmente para que estén disponibles para el despacho y utilización.

CUADRO 1. Muestreo estadístico Trimestral del Banco de sangre: Servicios, Transfusiones, extracciones, exámenes de laboratorio.

HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN. BANCO DE SANGRE: PRIMER TRIMESTRE 2006																		
MES	SERVICIOS				TRANSFUSIONES				No. De extracciones	EXAMENES DE LABORATORIO								
	Consult. Externa	Hospitalización	Centro Urgencias	Total	No. Unidades Plasma	Paquetes Globulares	Otros Elementos	Total		Tipificación	VDRL	Combs	Pruebas Cruzadas	Otras Pruebas	Hepatitis	SIDA	Otros Componentes	TOTAL
ENERO	961	1114	506	2581	470	608	125	1203	617	2871	722	448	683	4902	722	722	7	11077
FEBRERO	725	1162	172	2059	294	491	170	955	538	2243	521	238	633	5853	521	521	2	10532
MARZO	923	1553	118	2594	583	610	199	1392	540	2858	586	308	772	4058	568	568	17	9735
TOTAL	2609	3829	796	7234	1347	1709	494	3550	1695	7972	1829	994	2088	14813	1811	1811	26	31344

Fuente: <http://www.ies.gov.ec> - resumen primer trimestre 2006, Banco de Sangre, Hospital Carlos Andrade Marín

Como se puede observar en el cuadro 1. Durante el transcurso del primer trimestre del 2006, el Banco de Sangre atendió a un total de 7.234 personas, siendo estos: 2.609 por consulta externa, 3.829 pacientes hospitalizados y 796 casos de urgencias.

En cuanto a transfusiones tenemos un total de 3.550 productos de sangre administrados a pacientes, siendo estos: 1.347 unidades de plasma, 1.709 paquetes globulares, y otros 494 elementos.

En cuanto a las extracciones, tenemos un total de 1.965 realizadas por el Banco a pacientes y donantes.

En cuanto a exámenes de laboratorio, tenemos un total de 31.341 exámenes de laboratorio, siendo estos: 7.972 tipificaciones de sangre, 1.829 VDRL, 994 COMBS, 2.088 pruebas cruzadas, 1.811 pruebas de hepatitis y SIDA, y 26 exámenes de otras pruebas.

Dentro del Banco de Sangre se pueden encontrar falencias como:

- ★ Los equipos que se utilizan dentro del Banco de Sangre en su gran mayoría son obsoletos, de tecnología antigua y cuya vida útil ya expiró, pero debido a las necesidades del HCAM la administración del Servicio Médico de Hematología ha hecho esfuerzos para continuar con su operación normal; otro

problema que se genera con los equipos es la rápida frecuencia con la que se les debe dar mantenimiento y reparación, lo que en ocasiones genera retrasos y problemas con la administración de la sangre en el HCAM obligando a solicitar a otras dependencias como la Cruz Roja y clínicas privadas productos sanguíneos a fin de satisfacer la demanda del HCAM; Esto lleva consigo ineficiencia de los procesos y retraso al realizar las pruebas, viéndose reflejado en la percepción de los pacientes y donantes, ineficiencia y falta de recursos tecnológicos.

- ✦ No cuentan con suficiente personal técnico que administre el abastecimiento de componentes sanguíneos que necesitan los pacientes para continuar con su tratamiento, esto provoca que los mismos realicen su adquisición fuera del Banco de sangre en otras instituciones que buscan lucro, causando molestia al paciente, demora en su tratamiento o producir la muerte del mismo.
- ✦ La mala atención del personal del Banco de Sangre hacia los clientes, genera molestia en los donantes y perjudica la imagen del Banco y de hecho del HCAM, repercutiendo en el prestigio del Hospital.
- ✦ La falta de cumplimiento de los programas de capacitación ocasionan la desactualización del personal en las áreas en las que se desempeña.
- ✦ Los productos que administra el banco de sangre (plasma, paquetes globulares, concentrados plaquetarios, entre otros), no son codificados, y etiquetados correctamente para su debida identificación y control, sin permitir que la persona encargada maneje y distribuya correctamente el producto hacia el paciente.
- ✦ Los procesos para el registro y control de donantes y hemocomponentes se lo hace manualmente, causando demora en la atención al cliente y por ende reducción del número de donantes al banco de sangre, afectando el Ingreso económico del Servicio médico de Hematología.

2.1.1.2. Hematología hospitalización.

La atención en hospitalización del Servicio Médico de Hematología es básicamente la de brindar al paciente los tratamientos que sean mejores para preservar y mejorar la condición clínica del paciente, ya sea aplicando procedimientos, tratamientos farmacológicos, ayudando a definir diagnósticos, proporcionando la dieta adecuada y las indicaciones para que se establezca la condición clínica del paciente y pueda ser dado de alta.

Los procedimientos más comunes que se realizan en el área de Hospitalización del Servicio Médico de Hematología son biopsias de médula y ganglios, medulogramas, estudio de sangre periférica, punción lumbar para quimioterapia, así como tratamientos para patologías con trastornos de coagulación, anemias, leucemias, y otras enfermedades malignas de la sangre.

En el área de hospitalización se encuentran falencias como:

- ★ El continuo desabastecimiento o inexistencia de fármacos e insumos que ayuden a la normal y correcta atención médica; en especial los fármacos específicos o especializados para las patologías hemáticas, genera una percepción de mala atención médica por parte del HCAM hacia el paciente.
- ★ La falta de personal de enfermería con perfil idóneo para atender al paciente hospitalizado, genera molestia en el mismo y perjudica la imagen del servicio médico Hematológico.
- ★ No cuentan con un software adecuado en el área de hospitalización, lo que obliga a realizar manualmente las historias clínicas, epicrisis “resumen historia clínica”, entre otros tramites, generando retrasos administrativos al ingreso, durante la permanencia, y al alta del paciente, produciendo una deficiente atención, trámites burocráticos y repetición de procesos en la atención entregada.

- ★ No cuentan con el personal de enfermería suficiente para la atención en el piso destinado para Hematología, cuentan con 12 camas prestadas dentro del piso hospitalario de oncología; siendo insuficiente la capacidad para la demanda de pacientes con problemas hematológicos, obligando a priorizar los ingresos hospitalarios y dejar a varios pacientes sin la posibilidad de recibir la atención adecuada, perjudicando a muchos de los mismos que buscan servicios similares y sin demora en su atención.

2.1.1.3. Hematología consulta externa.

El área de consulta externa del Servicio Médico de Hematología presta atención a los pacientes con el fin de evaluar la condición clínica de los pacientes a través de la ejecución de auxiliares de diagnóstico, y un exámen general del paciente.

Los médicos, son los encargados de evaluar a los pacientes y de interpretar los resultados de los auxiliares de diagnóstico a fin de identificar las patologías hematológicas y definir el tratamiento que se deberá aplicar para mejorar la condición anímica de los pacientes.

Dentro de los procedimientos más comunes que se realizan en el área de consulta externa del Servicio Médico de Hematología, se encuentran las biopsias de médula y ganglios, medulogramas, estudio de sangre periférica, y otros tratamientos ambulatorios.

En esta área se atienden consultas subsecuentes, que son consultas resultado de una atención previa de los pacientes y son para dar seguimiento a los tratamientos prescritos y ejecutados por los médicos.

Dentro de las principales falencias del área de Consulta externa del Servicio Médico de Hematología se encuentran las siguientes:

- ★ La falta de una infraestructura adecuada para que se creen suficientes consultorios para atender en consulta externa a los pacientes ha permitido

que los mismos busquen otros centros de salud y que el servicio de Hematología del HCAM no tenga el prestigio y acogida que una institución debe tener.

- ★ Inexistencia de insumos, fármacos, equipos y reactivos específicos que ayuden a determinar la patología del paciente, ha generado ineficiencia en la atención médica en consulta externa y percepción de mala atención hacia los pacientes.
- ★ El número de médicos tratantes en Hematología, es insuficiente para atender la demanda de los pacientes, lo que obliga al personal médico a dividir sus funciones en las diferentes áreas; perjudicando al profesional en cuanto al tiempo e ingreso se refiere; y por ende la atención a los pacientes es superficial.
- ★ Tratamientos ambulatorios forzados debido a la falta de camas en el área de hospitalización: lo que obliga al personal médico a administrar tratamientos en consulta externa para patologías que normalmente se atienden con el paciente hospitalizado. Corriendo riesgos que atentan a la salud del paciente y dan mala imagen a la institución.

2.2. Análisis Externo.

2.2.1. Influencias macroeconómicas.

Las variables macroeconómicas se resumen en los factores político, económico, social, tecnológico y legal que influyen de manera global al país y todas las entidades, públicas y privadas dentro del territorio ecuatoriano, estos factores se miden a través de variables que miden el desempeño del país, como la inflación, desempleo, pobreza, riesgo país, entre otros, que son una radiografía de la situación actual del Ecuador.

2.2.1.1. Factor político.

Este factor evalúa las directrices que rigen la actuación del Hospital Carlos Andrade Marín y el Servicio Médico de Hematología conforme a las leyes o reglas que ha impuesto el estado.

El estado como soberano con poder ilimitado origina el llamado contrato social, en el cual se ve comprometido con la población. Los gobernantes del estado son por tanto administradores de la soberanía., cuya representación política se aplica al sistema en el que los encargados de llevar a cabo las funciones ejecutivas, legislativas y judiciales pueden ser elegidos mediante el voto del electorado. En la mayoría de los casos la representación directa se utiliza sólo con fines legislativos. La representación es el sistema más funcional ideado hasta la fecha para asegurar que las opiniones e intereses de un grupo de ciudadanos puedan influir en las decisiones de la legislatura u otro órgano de Gobierno.

Los representantes del estado son los encargados de establecer las políticas sociales, económicas, fiscales, monetarias, tributarias y otras.

La Política social es la forma en que el estado interviene en materia social, dirigido a realizar algún tipo de cambio en las estructuras sociales.

Para el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), el factor político es el encargado de establecer las leyes, reglamentos y normas que regulan las instituciones de salud y la manera en que se maneja la seguridad social en el territorio ecuatoriano.

El factor político siempre será significativo dentro de una institución pública puesto que muchos de los puestos públicos son parte de las cuotas políticas y de las influencias en los círculos de poder de las cúpulas del partido o movimiento político que se encuentre en el gobierno.

En el caso del HCAM y las instituciones de salud al igual que en las empresas; si cambiar la administración del Ministerio de Salud o del IESS, no es sorpresa que se designe nuevas personas para ocupar los cargos públicos de la directiva institucional, Director General y Consejo Directivo; lo que conlleva a la falta de continuidad en los planes de la administración, dejando proyectos o reformas a medio hacer y la discontinuidad en las políticas y objetivos institucionales.

El Servicio Médico de Hematología es afectado directamente al cambiar la directiva del HCAM puesto que, es común que se cambie los cargos administrativos y dentro de ellos se encuentra el puesto del Jefe del Servicio, que es el administrador y encargado de velar por el cumplimiento de los objetivos, políticas y normas de la institución; lo que genera una discontinuidad en la administración.

El factor político también es el encargado de definir cuantos recursos se destinarán para la salud y como serán distribuidos dichos recursos.

En los últimos años se ha visto interés por parte del estado y sus representantes en invertir en temas que aporten al beneficio de la población ecuatoriana, uno de ellos es la salud, los cambios inician con la reforma al FEIREP que destina más recursos para educación, salud e inversión social, es decir más inversión en el país y menos al pago y recompra de deuda; este cambio motivado por el Eco. Rafael Correa, ex Ministro de Economía; sería el inicio de una nueva ideología política que vela por el pueblo ecuatoriano.

El gobierno del Dr. Alfredo Palacio, ha destinado recursos para mejorar la salud y las instituciones afines a esta; siendo médico y ante la presión ejercida por el gremio de la salud el Dr. Palacio resolvió llamar a consulta en estas elecciones, preguntando a todos los ecuatorianos sobre temas sociales y que se orientan a mejores condiciones de vida para los ecuatorianos, reiterando una tendencia de cambio para que la población tenga acceso a educación, salud , infraestructura y otros de carácter social.

Con Rafael Correa, se confirma una tendencia de izquierda, y se puede predecir una constante en inversión social y temas de educación y salud, así como un gobierno que buscará el bienestar ciudadano y el progreso del Ecuador. Por ello la perspectiva política para el Hospital Carlos Andrade Marín, avisora cambio y continuidad en una administración que busque mejorar la atención médica y los servicios de salud.

2.2.1.2. Factor económico.

Las perspectivas del crecimiento del producto interno bruto en Ecuador, lo ubican como uno de los de menor desempeño en la región para el año 2005 y 2006.

En el 2004, sin considerar la actividad petrolera privada, el Ecuador se ubicó entre los cuatro países de la región de menor crecimiento, conjuntamente con otra economía dolarizada como es el Salvador.

Este resultado es lamentable, pues el país tiene un potencial de crecimiento enorme. Y, además, la región se ha beneficiado en estos años de un favorable escenario externo, caracterizado por el crecimiento del PIB mundial (particularmente de los EEUU, donde el Ecuador coloca más del 40% de sus exportaciones) y el comercio internacional, el alza de los precios de las materias primas y del petróleo (en el caso de México, Venezuela o Ecuador), y las todavía relativamente bajas tasas de interés en el mercado financiero internacional.

TABLA 1. Crecimiento del PIB en América Latina periodo 2005-2006 según el FMI y la CEPAL medido en porcentaje.

Crecimiento del PIB en América Latina (2005 - 2006) (%)				
Países	CEPAL (a)		FMI (b)	
	2005	2006	2005	2006
Argentina	7.3	4.5	6.0	3.6
Brasil	3.0	3.5	3.7	3.5
Chile	6.0	5.5	6.1	5.4
Colombia	4.0	4.0	4.0	4.0
Ecuador	3.0	3.0	3.9	3.7
Perú	5.5	4.5	4.5	4.5
América Latina	4.3	3.8	4.1	3.7

Fuente:
 (a) Estudio económico de América Latina y el Caribe (2005-2006)
 (b) World Economic Outlook (abril 2006)

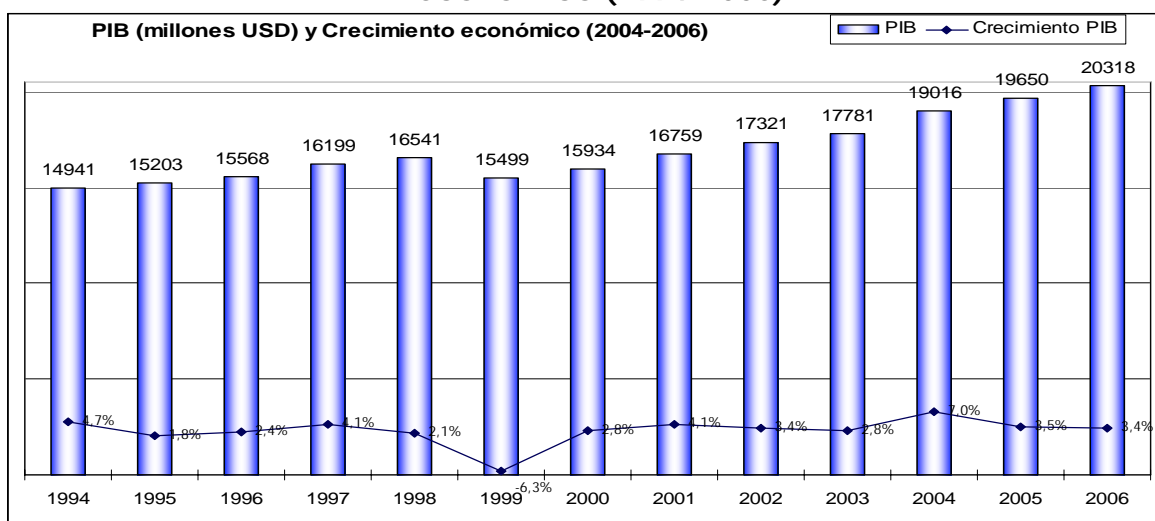
Como podemos ver en la tabla, El Ecuador dejó de crecer en 0,2 puntos en el 2006 respecto al 2005, pero si vemos la tendencia de sur América, encontraremos que Colombia y Perú mantuvieron estable su crecimiento durante el 2005 y 2006, a diferencia Argentina y Chile cuyo crecimiento del PIB se vio disminuido de 6 a 3,6 y 5,4 respectivamente; mientras que Brasil tuvo un descenso en el crecimiento de su PIB de 3,7 en el 2005 a 3,5 en el 2006. Esto nos indica que el Ecuador esta al ritmo de la región lo que es un buen indicio de que estamos por buen camino.

Incluso para nuestro país, un factor favorable adicional ha sido la depreciación del dólar frente al euro en los últimos años. Y por cierto han incidido positivamente las remesas de los emigrantes.

Entre las debilidades estructurales que limitan el crecimiento se tiene al estancamiento de la formación bruta de capital fijo en alrededor del 16% del PIB en los últimos años.

La inversión del sector público prácticamente no ha crecido en los últimos años, limitando las inversiones en actividades clave para el desarrollo, como son la infraestructura petrolera, las eléctricas, las telefónicas, y especialmente los sectores de educación, salud y servicios básicos que son la base para el desarrollo humano.

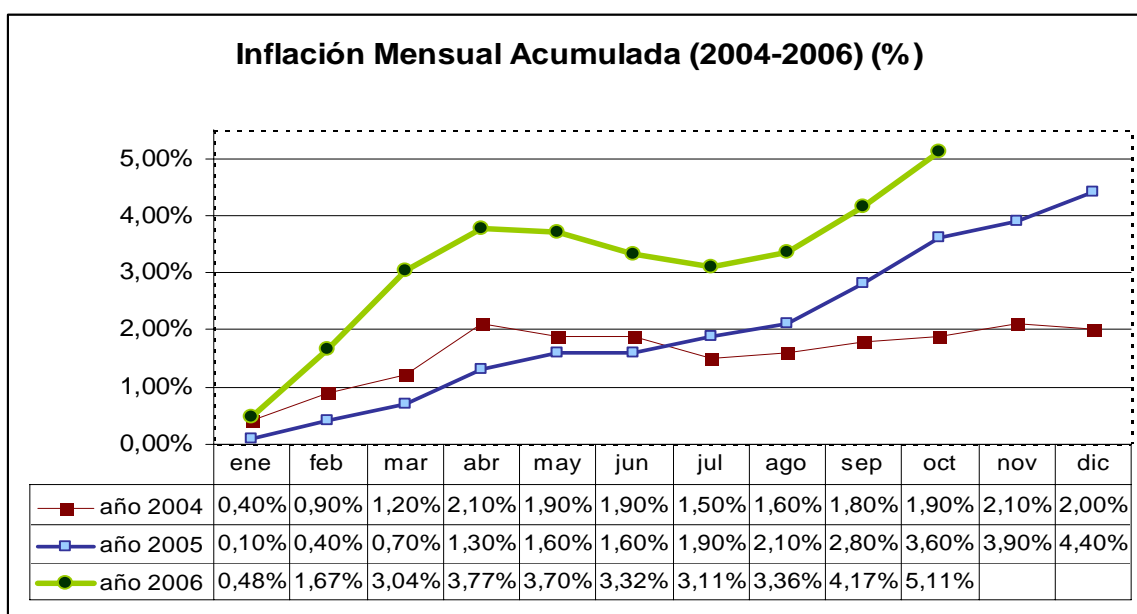
GRAFICO 1. Producto Interno Bruto en millones de dólares y Crecimiento económico (1994-2006).



Fuente: Boletines mensuales del Banco Central del Ecuador

La grafica del Producto interno Bruto durante el periodo (1994-2005) muestra que el PIB en el Ecuador ha venido creciendo paulatinamente desde el 2000, llegando a ubicarse en 19650 millones de dólares 2005 y 20318 millones de dólares en el 2006 creciendo 0,1% más en el año 2006 respecto el 2005, mostrando un crecimiento anual de 3,4%.

GRAFICO 2. Variación porcentual, inflación mensual acumulada, periodos 2004-2005-2006.



Fuente:(2004-2005) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos / (2006) BCE.

El factor de la inflación, si bien se redujo con la aplicación de un modelo de dolarización, no fue un impedimento para que acabemos a finales del 2005 con una inflación acumulada sobre el 4%, y 5,11% en el mes de octubre del 2006

Como es de conocimiento general, la inflación genera el incremento sostenido de los precios lo que representa mayores gastos y por lo tanto menor poder adquisitivo para que las personas adquieran servicios como el de salud.

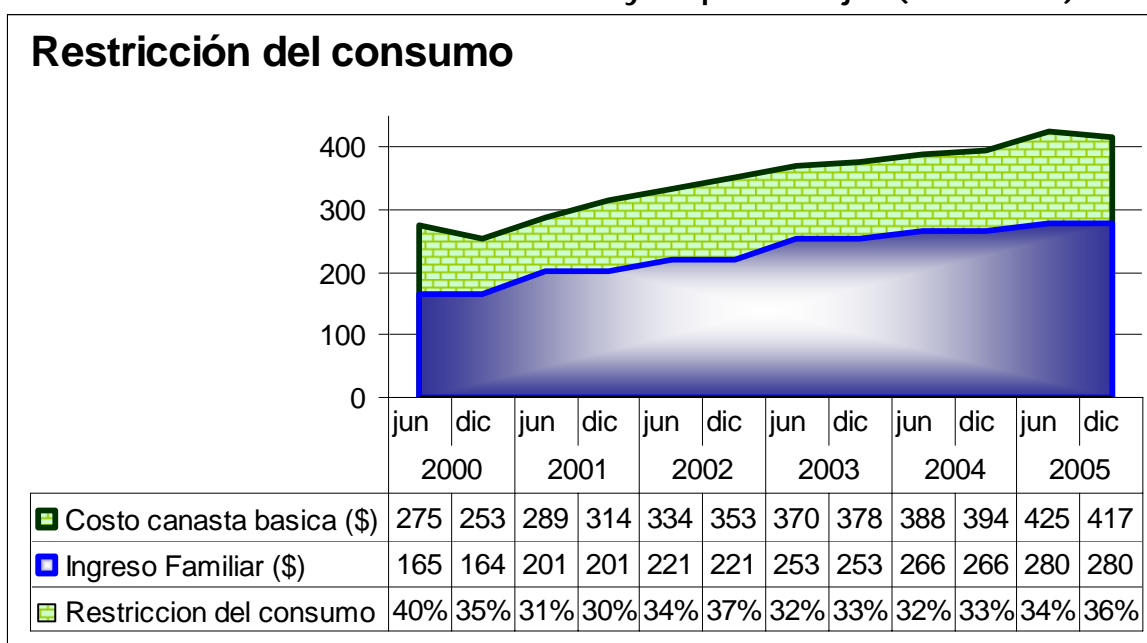
TABLA 2. Brecha entre el Ingreso Familiar real y la canasta básica familiar, periodo 2004-2005.

Ingreso laboral y Canasta Familiar Básica en cifras reales (2004-2005) (USD)

Meses	Canasta Familiar Real (\$)	Ingreso Familiar Real (\$)	Brecha (\$)
Ene-04	361,75	265,95	95,8
Jun-04	381,92	261,95	119,97
Dic-04	388%	262%	1,2652
Ene-05	410,55	261,48	149,07
Jun-05	411,8	271,24	140,56
Dic-05	412,68	264,17	148,51

(*) Deflactor: Índice de precios al consumidor, enero 2004=100
Fuente: INEC: boleta de resumen de canasta básica y vital

GRAFICO 3. Costo de la canasta básica familiar, Ingreso familiar mensual y Brecha de consumo en dólares y en porcentajes (2000-2005)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

El costo de la canasta básica, comparado con el ingreso familiar genera una brecha que es la del consumo, como se observa claramente en la grafica se ha ido acrecentando a partir del 2003, mostrando una tendencia, que indica que la restricción del consumo como resultado de la relación entre el costo de la canasta básica y el ingreso familiar; detendrá el poder adquisitivo de las familias para consumir los bienes y servicios que se ofertan en el país, creando pobreza y desempleo al no tener las empresas clientes que compren; esto quiere decir que los ingresos de las familias en la mayor parte del Ecuador no es suficiente para

cubrir por lo menos con los bienes básicos que se necesitan para sobrevivir, lo que indica que una falta de recursos para poder acceder a servicios indispensables como el de salud.

Una vez visto el ingreso familiar, es importante resaltar los siguientes datos como para tener una idea del gasto que representa el tema salud en los hogares de los ecuatorianos: Mas de la mitad de la población no tiene acceso a la prescripción profesional de medicamentos y atención médica de calidad, cerca de la tercera parte del gasto total en salud corresponde a medicamentos.

Un tercio del gasto de los hogares se dedica a la adquisición de medicamentos. Sólo el 13.1% de medicamentos que se comercializan en el país corresponden a medicamentos genéricos

El gobierno distribuye los ingresos y egresos en el Ecuador de forma siguiente:

TABLA 3. Distribución de los Ingresos del gobierno central del Ecuador, periodo 2005.

Distribución de los egresos e ingresos del gobierno central en millones de dólares. (ene. – sept. 2005)		
EGRESOS (G)	Servicios generales	1689
	Servicios de la deuda	1851,6
	Educación y cultura	570,3
	Salud y desarrollo comunal	225,4
	Desarrollo Agropecuario	67,4
	Transportes y comunicaciones	188,7
	Otros	275,7
	TOTAL	4868.1

Fuente: Boletines Mensuales del Banco Central del Ecuador

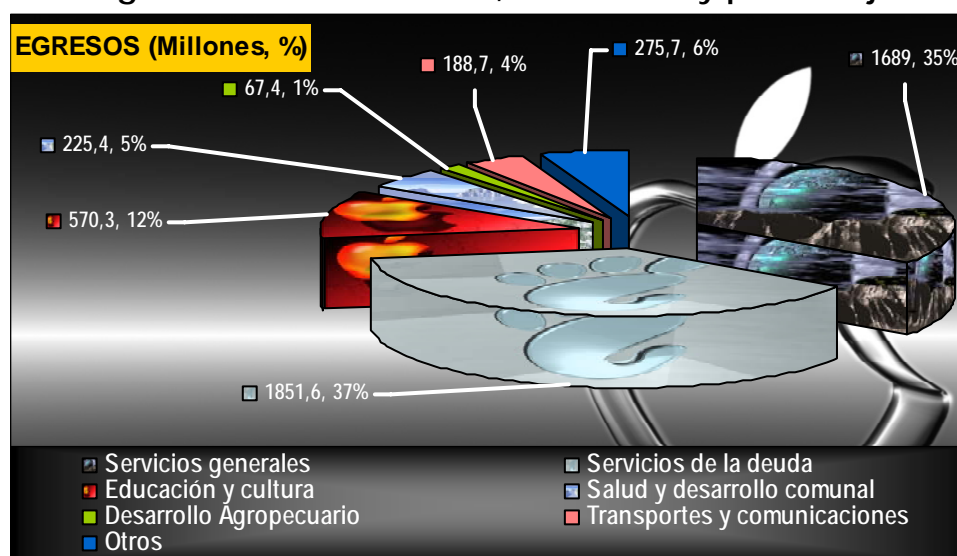
TABLA 4. Distribución de los Egresos del gobierno central del Ecuador, periodo 2005.

INGRESOS (Y)	Impuesto al valor Agregado	1407
	Petroleros	895,2
	Impuesto a la renta	634
	Impuesto a las importaciones	391,4
	Impuesto a consumos especiales	155,9
	Otros	414,9
	TOTAL	3898,4
(Y - G)		-969,7
Fuente: Boletines mensuales del Banco Central del Ecuador		

Como se puede observar en la tabla 3, se muestra un resumen de los principales egresos e ingresos que realizó el gobierno central del Ecuador en el año 2005, cuya diferencia muestra un déficit fiscal de 869,7 millones de dólares; esto se debe principalmente a los egresos destinados para el servicio de la deuda.

El total de los egresos durante este periodo fue de 4.868,1 millones de dólares, desglosado de la siguiente forma. Servicios de la deuda 1851,6 millones, Servicios generales 1.689 millones, Educación y cultura 570,3 millones, Salud y desarrollo comunal 225,4 millones, Transportes y comunicaciones 188,7 millones, Desarrollo agropecuario 67,4 millones y 275,7 millones como otros gastos.

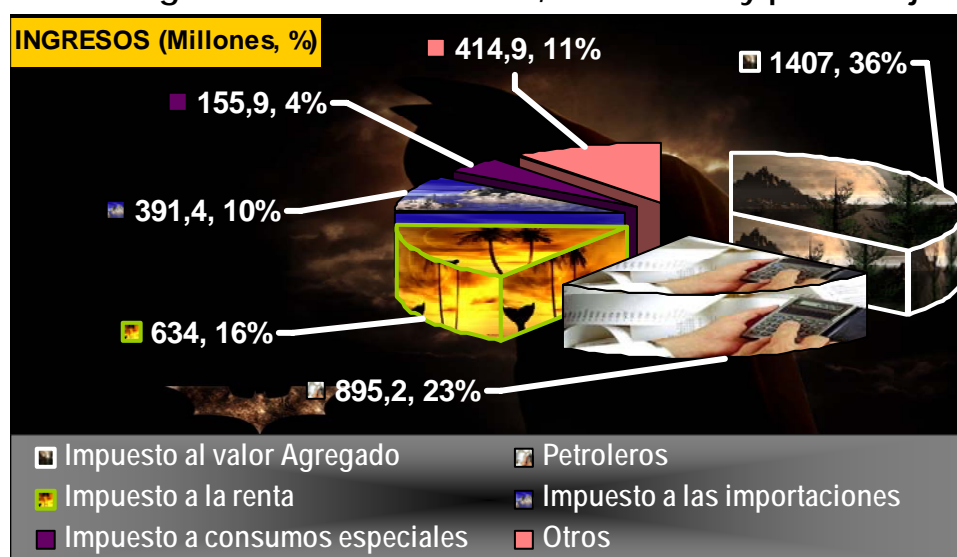
GRAFICO 4. Egresos Gobierno Central, en millones y porcentajes. Año 2005



Fuente: Boletines mensuales del Banco Central del Ecuador

El gráfico 4 muestra los egresos de la tabla 3, en millones de dólares y en porcentajes. Si se observa el monto destinado para el pago o servicio de la deuda representa el 37% del total de los egresos del gobierno central, a diferencia de educación y cultura 12%, desarrollo agropecuario 1% y apenas el 5% para salud y desarrollo comunal; lo que muestra una desproporción de los egresos, ya que se destina demasiado para el pago de una deuda que asfixia al país, y muy poco para los temas principales que son el futuro del Ecuador.

GRAFICO 5. Ingresos Gobierno Central, en millones y porcentajes. 2005

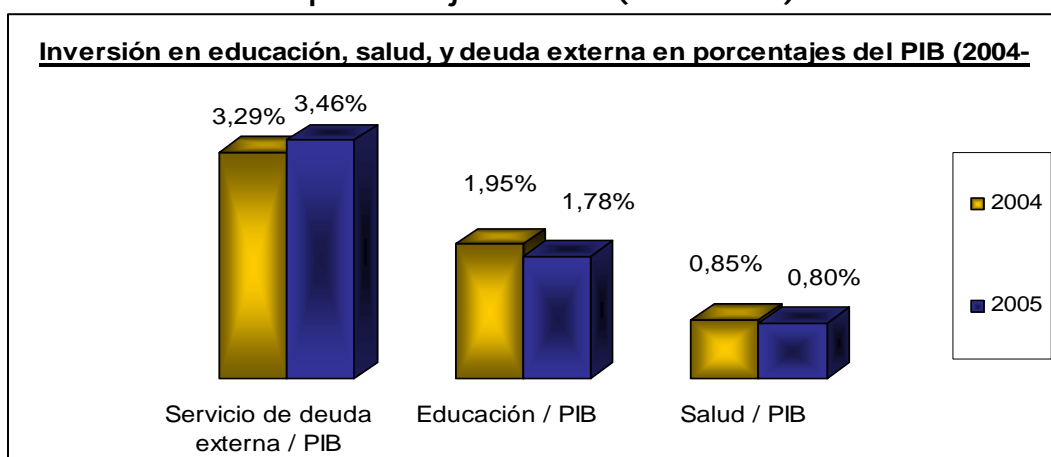


Fuente: Boletines mensuales del Banco Central del Ecuador

Como se puede observar en la tabla 3. El total de los ingresos que recibió el gobierno central en el 2005 fue de 3.898,4 millones de dólares, que se desglosa así: recaudó 1.407 millones por IVA, 895,2 millones son ingresos petroleros, 634 millones por impuesto a la renta, 391,4 millones por el impuesto a las importaciones, 155,9 millones por impuesto a consumos especiales y 414,9 millones por otros conceptos.

Como se observa en el Gráfico 5. El rubro más significativo es el impuesto al valor agregado que representa el 36% del total de ingresos, seguido por el ingreso petrolero 23%, impuesto a la renta 16% y el impuesto a las importaciones 10%.

GRAFICO 6. Inversión en educación, salud, y deuda externa en porcentajes del PIB (2004-2005).



Fuente: Información estadística mensual. Banco Central del Ecuador

La inversión realizada por el estado ecuatoriano como porcentaje del PIB en temas de Educación y salud disminuyó del 2004 al 2005 a diferencia de la inversión en el servicio de la deuda externa/PIB, lo que indica un descuido por parte del gobierno.

Durante el gobierno del Dr. Alfredo Palacio y dentro de los cambios constantes de gabinete, estuvo como Ministro de Economía el Eco. Rafael Correa quien fue el encargado y autor de la reforma del FEIREP, destinando más recursos para educación, salud, proyectos de investigación y desarrollo, recuperación ambiental y mantenimiento de la red vial-, sin dejar de destinar recursos para la deuda como se muestra a continuación en las gráficas.

GRAFICO 7. Distribución Inicial del FEIREP, Propuesta de reformas, y distribución final.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas "MEF"

Como se puede observar en el Gráfico 7. En un inicio la distribución del FEIREP era la siguiente: se destinaba el 70% para recompra de deuda pública y pago de deuda al IESS, 20% para estabilización y catástrofes naturales y 10% para educación y salud.

La propuesta de la reforma realizada por el ex ministro de economía Rafael Correa, planteaba una reestructuración al FEIREP en búsqueda de mejor calidad de vida para el pueblo del Ecuador cuyos objetivos se muestran en el cuadro 2. El planteamiento fue el siguiente: 40% para inversión productiva, recompra deuda pública y/o pago deuda IESS, 30% para inversión social en salud y desarrollo, 20% para estabilización y catástrofes naturales, y 10% para proyectos de investigación y desarrollo.

La Distribución final del FEIREP a la cuál se llegó por consenso, distribuyo los recursos de la siguiente forma: mantuvo el porcentaje de asignación para Estabilización y catástrofes naturales 20%, y, Educación y Salud 30%, Se decidió dividir el 10% propuesto para investigación y desarrollo en dos mitades iguales; 5% para proyectos de investigación y desarrollo, 5% Mantenimiento de la red vial. Se resolvió destinar 35% para inversión productiva, recompra deuda pública y/o pago deuda IESS y el 5% restante del rubro propuesto por este concepto para Recuperación ambiental.

La actual distribución del FEIREP muestra claramente un cambio en la forma de pensar del gobierno hacia la inversión en el país.

Dentro de los principales objetivos que se plantean dentro de la redistribución del FEIREP están los siguientes:

CUADRO 2. Resumen de los objetivos de la Reforma al FEIREP .

Pago de la deuda Social	Aumentar el gasto en dos sectores fundamentales; salud y educación, para iniciar la reducción a largo plazo de los altos y persistentes niveles de pobreza y extrema pobreza
Fondo de estabilización	Mantener el ingreso petrolero permanente y para soportar cualquier emergencia en el futuro
Invertir en investigación y desarrollo	Es necesario para incrementar la competitividad y lograr el crecimiento sostenido
Derecho a una mejor calidad de vida	Apoyar el cumplimiento de derechos que asegure la salud, alimentación y nutrición, educación, trabajo, empleo, y otros servicios sociales necesarios.

Fuente: Presentación de objetivos de reforma MEF

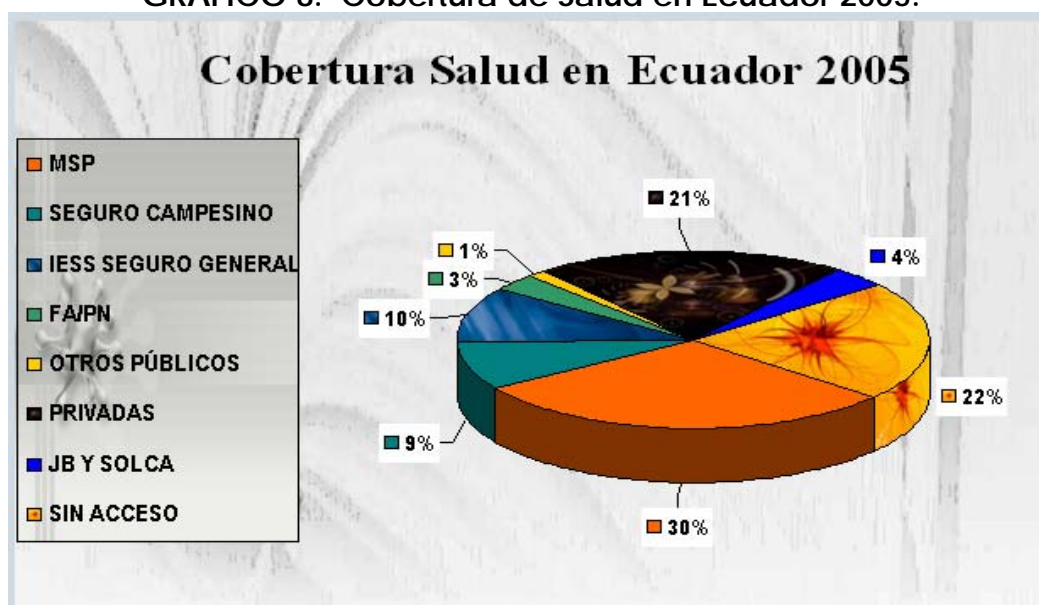
El estado destina anualmente un presupuesto para el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), que viene de capitales resultantes de los aportes al seguro de salud individual y familiar y también por parte del estado como presupuesto país.

2.2.1.3. Factor social.

Este es un factor muy importante para el análisis de la situación del Hospital Carlos Andrade Marín, ante la sociedad.

La proyección poblacional para el 2015 es de aproximadamente 15`936.000 ecuatorianos, con una tasa bruta de mortalidad de 6,2% y un promedio de vida para hombres de 66,4 años y para mujeres de 71,4 años; un Ecuador, cuyo régimen político es bajo democracia representativa y cuya economía depende del petróleo, remesas de emigrantes, banano, camarón, y turismo dentro de los rubros más representativos.

GRAFICO 8. Cobertura de Salud en Ecuador 2005.



FUENTE: Anuario de recursos, actividades de salud, INEC, 2005

Siendo para el 2006 aproximadamente 13'000.000 millones de personas, el sector de la salud en el Ecuador cubre en teoría más del 70% de la población; las instituciones privadas cubren el 21% de la atención en el Ecuador, el IESS a través de su red asistencial en el tema salud, cubre el 10%, el Ministerio de Salud abarca el 30% de la cobertura de salud a través de los programas anuales que desarrolla como obra del gobierno; el 22% del total de ecuatorianos no tiene acceso a los servicios de salud.

TABLA 5. Indicadores del mercado laboral urbano en porcentaje de la población total (2005).

Indicadores del mercado laboral urbano en porcentaje de la población total (2005)					
INDICADORES	Enero	Abril	Julio	Octubre	Diciembre
% población económicamente activa	45,60%	45,00%	44,60%	45,10%	46,10%
Tasa global de ocupación	88,50%	89,40%	88,88%	90,20%	90,70%
Tasa de ocupación adecuada	43,00%	42,10%	42,28%	42,60%	41,47%
Tasa de subempleo	45,40%	47,30%	46,60%	47,60%	49,23%
Tasa de otro tipo de Subempleo	38,60%	40,00%	40,51%	41,20%	43,26%
Tasa de subempleo visible	6,80%	7,30%	6,09%	6,40%	5,97%
Tasa de desempleo	11,50%	10,60%	11,12%	9,80%	9,30%
Tasa desempleo abierto	8,20%	7,50%	7,25%	5,50%	4,71%
Tasa desempleo oculto	3,40%	3,10%	3,87%	4,30%	4,59%

Fuente: Encuestas de empleo. BCE y FLACSO- Ecuador

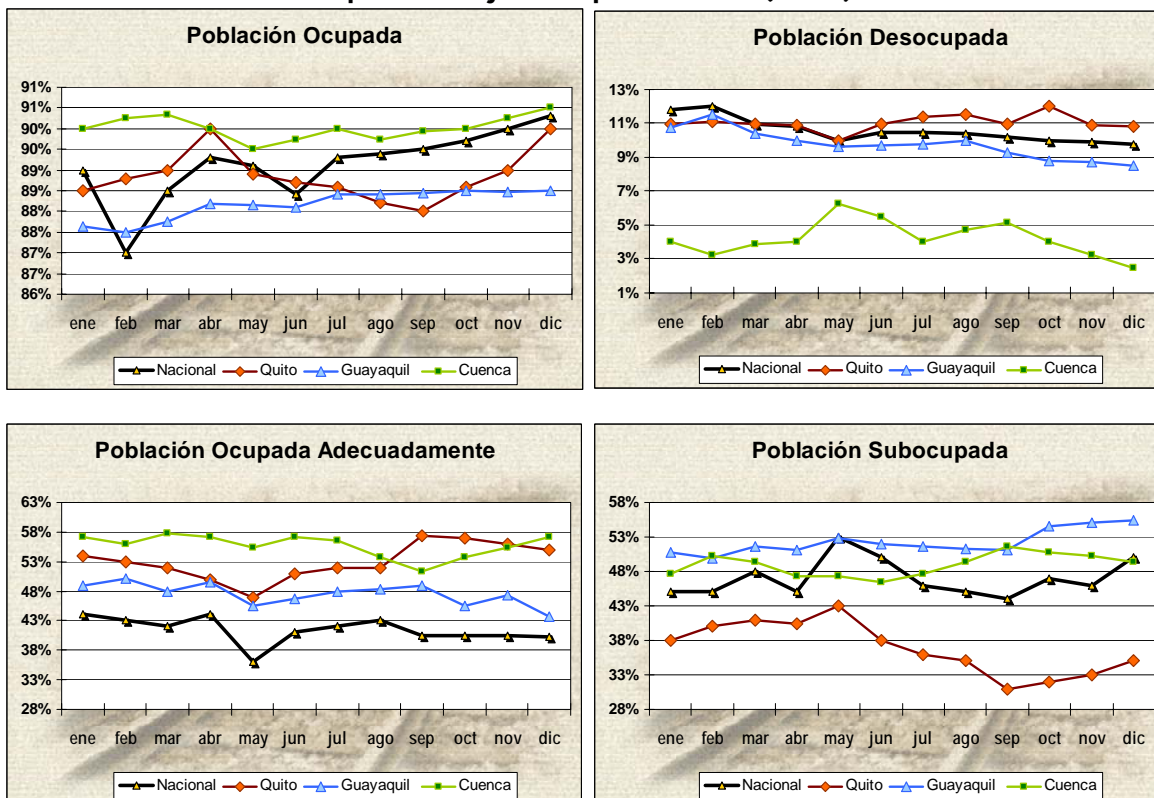
La población económicamente activa a diciembre del 2005 representa el 46,10%, si se observa el grafico con el detalle mensual en el 2005 se puede observar que la población económicamente activa se ha incrementado, lo que reflejaría mas plazas de empleo y mejores oportunidades de trabajo; pero si se observa la tasa de subempleo, se puede ver que es del 49.23%, respecto del la tasa global de ocupación que es de 90.70%.

La tasa de ocupación adecuada es de 41.47%, esto quiere decir que solo el 41.47% del total de la población posee un empleo digno, con beneficios de ley y todas las ventajas que otorga un trabajo que ofrece estabilidad y responsabilidad del empleador hacia el empleado.

Una de las causas para que de ese 90.70% de personas con empleo, cerca de la mitad estén subempleados es el tema de la tercerización que es una forma de explotación a los derechos del trabajador ya que se les priva de una afiliación al IESS y los beneficios de ley. Las empresas prefieren a este tipo de empleados pues representa un menor gasto para la institución, menos obligaciones frente a él, y aprovechan para explotarlos.

El momento en que un empleado no es afiliado al IESS, comienza a perder el derecho de atención con prioridad en las instituciones de la red de salud del IESS, y en el Hospital Carlos Andrade Marín. Sin estar afiliado se complica el adquirir servicios de salud y es mas cara la atención en clínicas particulares por lo que el factor empleo es muy importante dentro del análisis del factor social.

GRAFICO 9. Indicadores de Empleo de Quito, Guayaquil y Cuenca, en porcentajes de población (2005).



Fuente: Encuestas de empleo. FLACSO- Ecuador - ELABORADO POR: Hugo Fiallos

La gráfica nos muestra claramente los indicadores de empleo tanto a nivel nacional como a nivel de las 3 ciudades principales del Ecuador. Quito, Guayaquil y Cuenca.

La población ocupada en Cuenca es cerca del 100%, o sea que casi todos tienen trabajo en esa ciudad, mientras que en Guayaquil y Quito, se observa que va en promedio con el porcentaje del país.

Podemos ver claramente que en Quito, los indicadores de empleo son mucho mejores que en las otras ciudades y esto permite darse cuenta que al ser la capital del Ecuador es un centro de empleo, lo que atrae a las poblaciones y provincias aledañas, saturando el mercado laboral.

Dentro del Ecuador existen muchísimas culturas y etnias, cada una con características notorias que las diferencian del resto, igualmente sucede con los estratos sociales.

El pueblo ecuatoriano en su gran mayoría somos personas de clase media y baja, el poder económico lamentablemente se encuentra concentrado en pocos grupos y mal distribuido a nivel del país por lo que el Hospital Carlos Andrade Marín, tomando en cuenta todos estos aspectos, no ha establecido diferencias entre las personas, brinda atención a toda la población sin importar su clase social ni etnia, sea o no afiliado.

2.2.1.4. Factor tecnológico.

Los sistemas informáticos dentro del Hospital, no son actualizados, en su gran mayoría son sistemas donados y que dependen de la atención de las empresas que entregaron dicho software o hardware al HCAM, generando retrasos al momento de consolidar la información e intercambiar datos entre las dependencias del hospital, lo que impide generar reportes con información veraz, real y que sirva como una base para la toma de decisiones.

El Banco de Sangre en cuanto al factor tecnológico, maneja equipos automáticos pero discontinuados y antiguos, que ayudan a procesar la sangre y los componentes sanguíneos; no tiene un software que le permita llevar registros electrónicos de los donantes y las pruebas que se han realizado a las unidades de sangre, lo que no permite llevar estadísticas y controlar con efectividad la administración del Banco de Sangre; el software que manejan es el básico, Microsoft office y bajo el sistema operativo de Windows.

En lo referente al área de hospitalización, se repite el uso de Microsoft office y no hay un software que ayude a administrar eficientemente los recursos.

En el área de consulta externa se maneja un software que ayuda a llevar un calendario de consultas y un registro de las historias clínicas de los pacientes que son atendidos; aunque el software es una herramienta muy útil para la atención médica, los módulos que existen no permiten llegar a establecer costos.

2.2.1.5. Factor legal.

El cumplimiento de las leyes y reglamentos por el Hospital Carlos Andrade Marín y especialmente por el Servicio Médico de Hematología se cumplen a cabalidad, apegándose a la ley de seguridad social que es la base para brindar el servicio salud como un pilar de la seguridad social.

La resolución 056 aplica y regula la administración y desempeño de las unidades médicas y dependencias dentro de estas; el Hospital Carlos Andrade Marín, como eje fundamental dentro de la red de salud del IESS, aplica y se apega a esta resolución para los fines legales pertinentes.

2.2.2. Influencias Microambientales.

Son todas las fuerzas que una empresa puede controlar y mediante las cuales se pretende lograr el cambio deseado. Entre ellas tenemos a los proveedores, la empresa en sí, también los competidores, intermediarios, clientes y precios. A partir del análisis del Micro ambiente nacen las fortalezas y las debilidades de la empresa.

2.2.2.1. Clientes.

Los clientes con los cuales tiene relación directa el hospital en lo referente a la atención médica son tanto internos como externos.

El grupo de clientes internos esta conformado por el personal del Hospital, tanto del área administrativa como del área médica y operativa.

Lo clientes externos son varios:

Por un lado están los afiliados, que aportan al seguro y que tienen derecho y prioridad para la atención médica en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM).

Dentro de este grupo de clientes encontramos:

Afiliados Activos: Son las personas que actualmente se encuentran trabajando y que aportan al IESS.

Jubilados: son las personas que han cumplido con los años de servicio correspondientes, han aportado siempre al IESS y reciben su jubilación.

Voluntarios: son personas que trabajan pero en las empresas para las cuales brindan sus servicios no aportan al IESS, por lo que por cuenta propia aportan.

Beneficiario Montepío: Este tipo de afiliado son solo viudas de los afiliados que por motivo del deceso de su cónyuge, reciben la afiliación y beneficios de esta.

Estos pueden pertenecer a las siguientes secciones:

Sección A: Son los empleados de las organizaciones y empresas privadas, que se encuentran afiliados al IESS.

Sección B: Son los empleados afiliados al IESS de las instituciones y empresas públicas.

Sección C: Son personas de servicio doméstico que tienen derecho a los servicios de salud por encontrarse afiliados.

Sección D: Son empleados del sector de la construcción que se encuentran afiliados al IESS.

Sección G: Son artesanos y maestros de taller que se encuentran afiliados al IESS.

Sección L: Son personas del sector agrícola, especialmente afiliados al seguro social campesino que pertenece al IESS; y que tienen derecho a los servicios de salud que brindan las instituciones de la red de salud de seguridad social.

A continuación se muestra una tabla resumen por clase de afiliado y el porcentaje que aporta para beneficiarse de la seguridad social que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

En la TABLA 5. Se muestran los aportes Patronal y Personal por cada uno de los tipos de personas que aportan al Instituto ecuatoriano de seguridad social y el total que deben incluir en las planillas que entregan al IESS.

Los afiliados que trabajan en el área gráfica, tanto en las empresas públicas y privadas, contribuyen 2% más sobre el 9,35% del aporte personal y 6% más sobre el 11,15% del aporte patronal; sumando un 28,5% de contribución total.

Los trabajadores de la construcción aportan el 28,83% al IESS, debido a que contribuyen con 8,33% más de aporte patronal.

TABLA 6. Resumen de aportaciones por tipo de afiliado.

TABLA DE APORTACIONES DE LOS AFILIADOS AL IESS EN PORCENTAJES						
CLAVE	CLASE DE AFILIADO	APORTES		APORTE GRAFICO		TOTAL (%)
		Personal	Patronal	Personal	Patronal	
PLANILLA "A"						
01	Privados y obreros, choferes profesionales y azucareros permanentes	9,35	11,15			20,50
02	Agrícolas - seguro general	9,35	11,15			20,50
03	Clero Secular	9,35	11,15			20,50
04	Pequeña industria	9,35	11,15			20,50
05	Privados y obreros graficos	9,35	11,15	2,00	6,00	28,50
06	Azucareros temporales	17,35	18,65			36,00
07	Autónomos organizados					18,80
PLANILLA "B"						
08	Fiscales	11,35	9,15			20,50
09	Servicio diplomático	7,35	11,15			18,50
10	Fiscales - Gráficos	11,35	9,15	2,00	6,00	28,50
11	Entidades autónomas, Bancarias y organismos seccionales	11,35	11,15			22,50
12	Entidades autónomas, Bancarias y organismos seccionales graficos	11,35	11,15	2,00	6,00	30,50
13	Magisterio Fiscal Docente	16,35	14,15			30,50
14	Magisterio, Bienestar Social	16,35	14,15			30,50
PLANILLA "C"						
15	Servicio doméstico	9,35	11,15			20,50
PLANILLA "D"						
16	Trabajadores de la construcción	9,35	11,15		8,33	28,83
PLANILLA "G"						
17	Artesanos (Operarios y aprendices)	9,35	11,15			20,50
18	Maestro de taller					19,80
PLANILLA "L"						
19	Agrícolas	9,00	11,15			20,15

Fuente: Resol. N° 732, 783, 778 del congreso superior del IESS de 90-07-02; 92-04-14 y 92-03-17 respectivamente

Elaborado por: Instituto Ecuatoriano de seguridad social

Otro grupo de clientes externos, son las empresas y organizaciones con las cuales se ha establecido convenios para brindar los servicios de atención médica existentes en el HCAM.

Dentro de un grupo de clientes por convenio, se incluye por separado los convenios con empresas e instituciones; y, el grupo de personas por Convenio Con España, que son ciudadanos españoles que aportan en España, que por algún motivo están en Ecuador y necesitan atenderse en un centro médico, pueden recibir atención en la instituciones de salud de la red del IESS; de igual manera se lo hace con los ecuatorianos en España, ya sea que aporten en Ecuador o aporten en el Seguro social español.

Las personas afiliadas al seguro social campesino “SSC” también reciben los beneficios de atención médica en el HCAM; y son personas de pocos recursos que trabajan y aportan al SSC.

Y en otro grupo de clientes se encuentran las personas particulares que por falta de recursos, o urgencias médicas; acuden al hospital en busca de atención médica.

2.2.2.2. Proveedores.

Existen varios proveedores para el hospital Carlos Andrade Marín y por lo tanto también para el Servicio Médico de Hematología, todo proveedor se ve sujeto al mismo proceso de selección; los proveedores son de fármacos y medicinas, de materiales e insumos, de equipos y otros que requiere el hospital y sus dependencias, tanto al nivel administrativo, como a nivel médico y operativo..

El proceso regular por el cuál un proveedor es seleccionado es el siguiente.

La unidad de abastecimientos del HCAM reúne las necesidades de todas las dependencias del hospital y presenta la solicitud de compra de bienes y servicios a la dirección General del Hospital para que los requerimientos sean aprobados por el Director.

El requerimiento aprobado regresa a la unidad de abastecimientos donde aplican la Ley de Contratación Pública y su Reglamento, conjugada con la resolución C.D. 035, en sus Art. 9 Selección de ofertas y Art. 10 Contratación directa.

La unidad de abastecimientos se encarga de solicitar la disponibilidad de los recursos económicos al área de presupuesto adjuntando el justificativo de la necesidad del requerimiento, describiendo las características y especificaciones técnicas pedido, así como el valor aproximado del requerimiento.

Una vez que paso por este proceso, la unidad de abastecimiento debe efectuar la invitación a ofertar a proveedores mediante la emisión de cartas de invitación y la publicación de dicha invitación en el fanelógrafo de la institución.

Las casas comerciales interesadas deben elaborar y entregar sus ofertas dentro del plazo y hora establecido para el efecto en la unidad de abastecimiento.

Al día siguiente que vence el plazo de entrega de las ofertas, el coordinador de la unidad de abastecimiento conjuntamente con el director del Hospital debe proceder a la apertura de los sobres que contienen las ofertas de los proveedores interesados.

Inmediatamente se comunica a las dependencias que requieren de los bienes o servicios que conformen una comisión técnica que analice las ofertas y defina cuales son los mejores postores.

Se define cual oferta reúne los criterios más óptimos y se comunica al director para que apruebe.

Se comunica a la unidad de adquisiciones para que proceda a llamar a la casa comercial ganadora y se concluye con la firma del contrato entre el representante de la casa comercial y el HCAM.

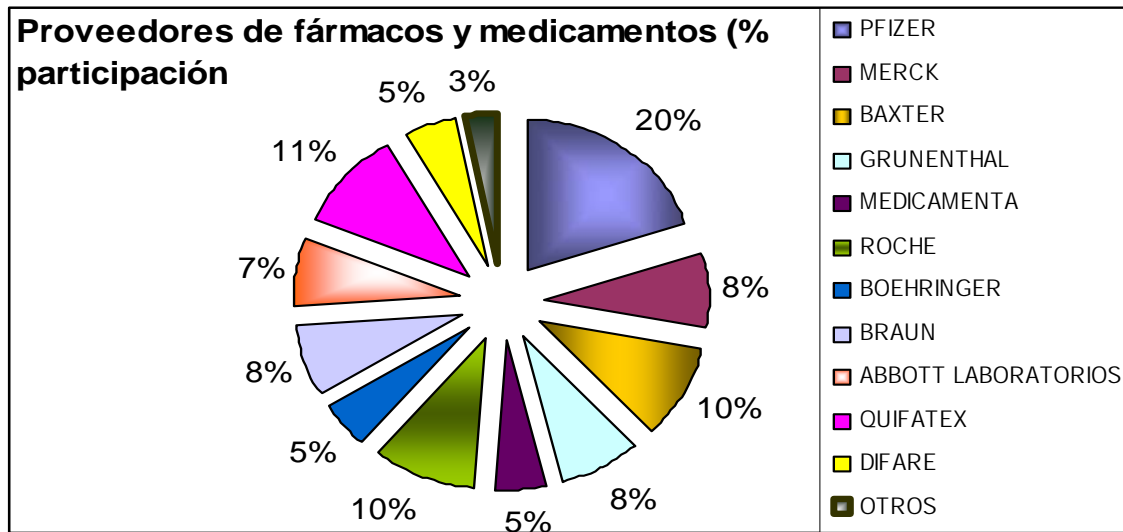
CUADRO 3. Resumen de los principales proveedores de fármacos y medicinas del HCAM.

PRINCIPALES PROVEEDORES DE FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS. HCAM (2005)	
<p><u>PFIZER</u></p> 	<p><u>ROCHE</u></p> 
<p><u>MERCK</u></p> 	<p><u>BOEHRINGER</u></p> 
<p><u>BAXTER</u></p> 	<p><u>BRAUN</u></p> 
<p><u>GRUNENTHAL</u></p> 	<p><u>ABBOTT LABORATORIOS</u></p> 
<p>MEDICAMENTA</p> 	<p>QUIFATEX</p> 
<p>BANCOLOGY</p> 	<p>DIFARE</p> 
<p>LIFE</p>	<p>JB. REPRESENTACIONES</p>
<p>DISMARNA</p>	<p>ARIFARMA</p>
<p>OTROS</p>	

Elaborado por: Hugo Fiallos

En el CUADRO 3. Se observa un resumen de los principales proveedores de fármacos e insumos para el HCAM, debido al gran número de medicamentos y fármacos así como la variedad de los campos de aplicación de los mismos,, los proveedores son muchos. En el siguiente gráfico se muestra el porcentaje de participación de cada uno de los proveedores en el Hospital Carlos Andrade Marín.

GRÁFICO 10. Porcentaje de participación de los proveedores de fármacos y medicamentos del HCAM.








ELABORADO POR: Hugo Fiallos

Como se puede observar en el GRÁFICO 10. no existe concentración de proveedores de fármacos e insumos, sin embargo el mayor porcentaje de participación es para PFIZER, que es el proveedor principal en el Hospital Carlos Andrade Marín debido a la gran variedad de productos y beneficios que ofrece junto con la venta de sus productos.

No se podría establecer cuál es el principal proveedor de fármacos para el servicio médico de Hematología, sin embargo los fármacos más usados dentro del servicio para tratar las afecciones hemáticas son: antagonistas de heparina, antianémicos, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes y trombolíticos, hemostáticos, Citotóxicos y antineoplásicos, sustitutos de plasma, entre otros.

En el área del Banco de sangre los principales fármacos y medicamentos son reactivos que sirven para realizar las pruebas y exámenes de sangre.

CUADRO 4. Resumen de proveedores de equipos, materiales e insumos médicos.

PRINCIPALES PROVEEDORES DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS. HCAM (2005)	
SUMHOSPITAL	PROVELDER
BANDA VANONI	MAXIMA MEDICAL
PFIZER 	BRAUN 
ROCHE 	BAXTER 
AKROS 	JHONSON & JHONSON 
BIOSYSTEM 	ABBOTT LABORATORIOS 
OTROS	

Elaborado por: Hugo Fiallos

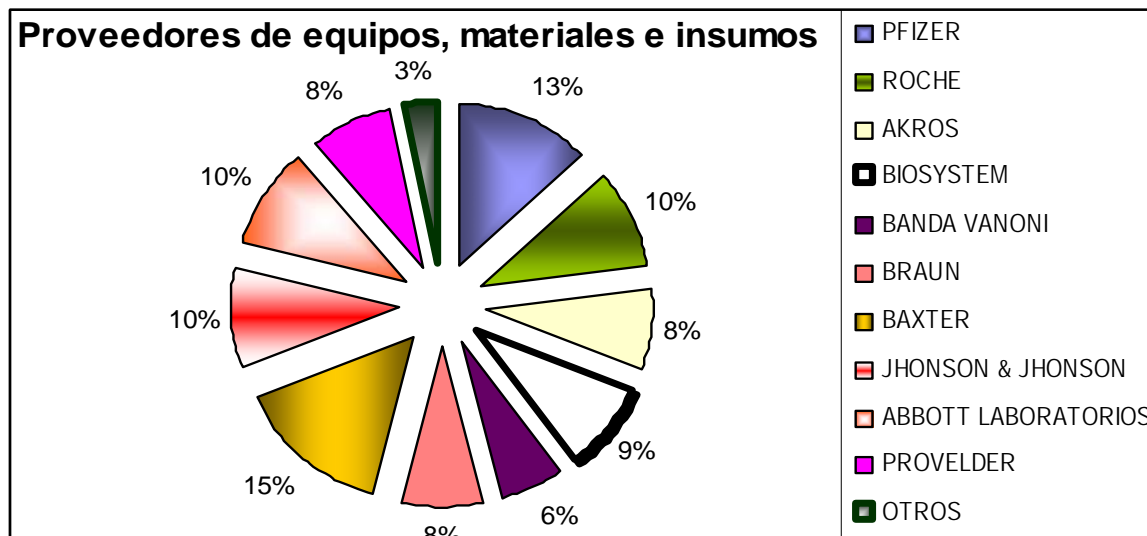
En el CUADRO 4. Se observa un resumen de los principales proveedores de equipos materiales e insumos; este grupo de proveedores, abastecen al hospital de Equipos médicos, equipos informáticos, insumos y materiales médicos, instrumental, agujas, vendas, gasas, fundas recolectoras de sangre, recipientes para toma de muestras entre otros.

Los equipos médicos con los que cuenta el Hospital Carlos Andrade Marín, en su gran mayoría son donados y cuando es necesario adquirir un nuevo equipo se hace llamado a concurso y se sigue el trámite de adquisiciones.

Los principales proveedores para el servicio médico de Hematología son: Johnson & Johnson que provee varios materiales para el Banco de Sangre, Baxter que es el principal proveedor de recipientes para la extracción de sangre (fundas triples,

cuádruples, dobles) y placas para realizar pruebas, entre otros que proveen las agujas, gasas, algodón, jeringuillas, instrumental y recipientes para muestras.

GRÁFICO 11. Porcentaje de participación de los proveedores de equipos materiales e insumos del HCAM.



ELABORADO POR: Hugo Fiallos

Como se puede observar en el GRÁFICO 10. El principal proveedor de equipos, materiales e insumos para el HCAM, es Baxter con un porcentaje de participación del 15% respecto del total de proveedores por estos conceptos, le sigue Pfizer con el 13%, el resto de proveedores participan equitativamente.

La desconcentración de los proveedores tanto en fármacos y medicamentos, como en equipos, materiales e insumos, nos permite negociar con los proveedores y nos brinda oportunidad para cambiar al más conveniente; sin embargo, la gran diversidad de los mismos complica la administración y control.

El principal proveedor del servicio de alimentación para la atención en Hospitalización es la empresa, Cuerpos de conservación.

2.2.2.3. Competencia.

El Hospital Carlos Andrade Marín esta enfocado a las personas que se encuentran afiliadas al instituto ecuatoriano de seguridad social, por lo que al ser una institución que brinda servicio de salud a los afiliados como cliente principal,

no se puede comparar con otras instituciones de carácter público o privado puesto que los precios en relación a las instituciones privadas son mucho más accesible para la población en general, y entre instituciones públicas debido a que el nivel III al cuál pertenece el HCAM es un Servicio Médico de especialidades y esta por sobre los demás centros de salud.

Si bien se menciona que el HCAM no compite en precios con otras instituciones de salud, no puede competir en calidad de atención y tecnología, puesto que debido a los malos gobiernos, administraciones mediocres y falta de inversión en las entidades públicas que brindan salud no ha permitido hacer eficiente la gestión médica del Hospital convirtiéndolo en una institución burocrática del sistema estatal ecuatoriano.

Dentro del Banco de Sangre no existe la competencia por monopolio de la cruz roja que es la encargada de administrar todo Banco de Sangre por mandato de la ley; el Banco de sangre de la cruz Roja Ecuatoriana es la única competencia del Banco de sangre del HCAM; sin embargo el banco del Hospital esta diseñado para abastecer los requerimiento internos del hospital a diferencia del Banco de la cruz roja que recolecta sangre y distribuye a las instituciones de salud y Hospitales.

A continuación se hace un estudio comparativo de precios entre varias instituciones de salud, por grupo de atención médica, por procedimientos propios del servicio de Hematología y de pruebas de sangre del Banco de sangre.

Se han realizado los cuadros en base a información real de cada institución; Para que el análisis comparativo permita visualizar claramente la diferencia que existe entre una institución pública y las privadas, se ha tomado como referencia para Consulta Externa y Hospitalización, tres instituciones el Hospital Militar que es una institución con costos intermedios; Hospital Vozandes que es una empresa privada; y, el Hospital Pablo Arturo Suárez, un hospital de nivel II (atención similar a la del HCAM con la diferencia en servicios médicos y equipamiento especializado.), parte de la red de salud del IESS.

Ha continuación se podrán observar cuadros y gráficas que permiten observar claramente la diferencia entre los costos del Hospital Carlos Andrade Marín y la competencia.

CUADRO 5. Cuadro resumen de costos por grupo de atención médica.

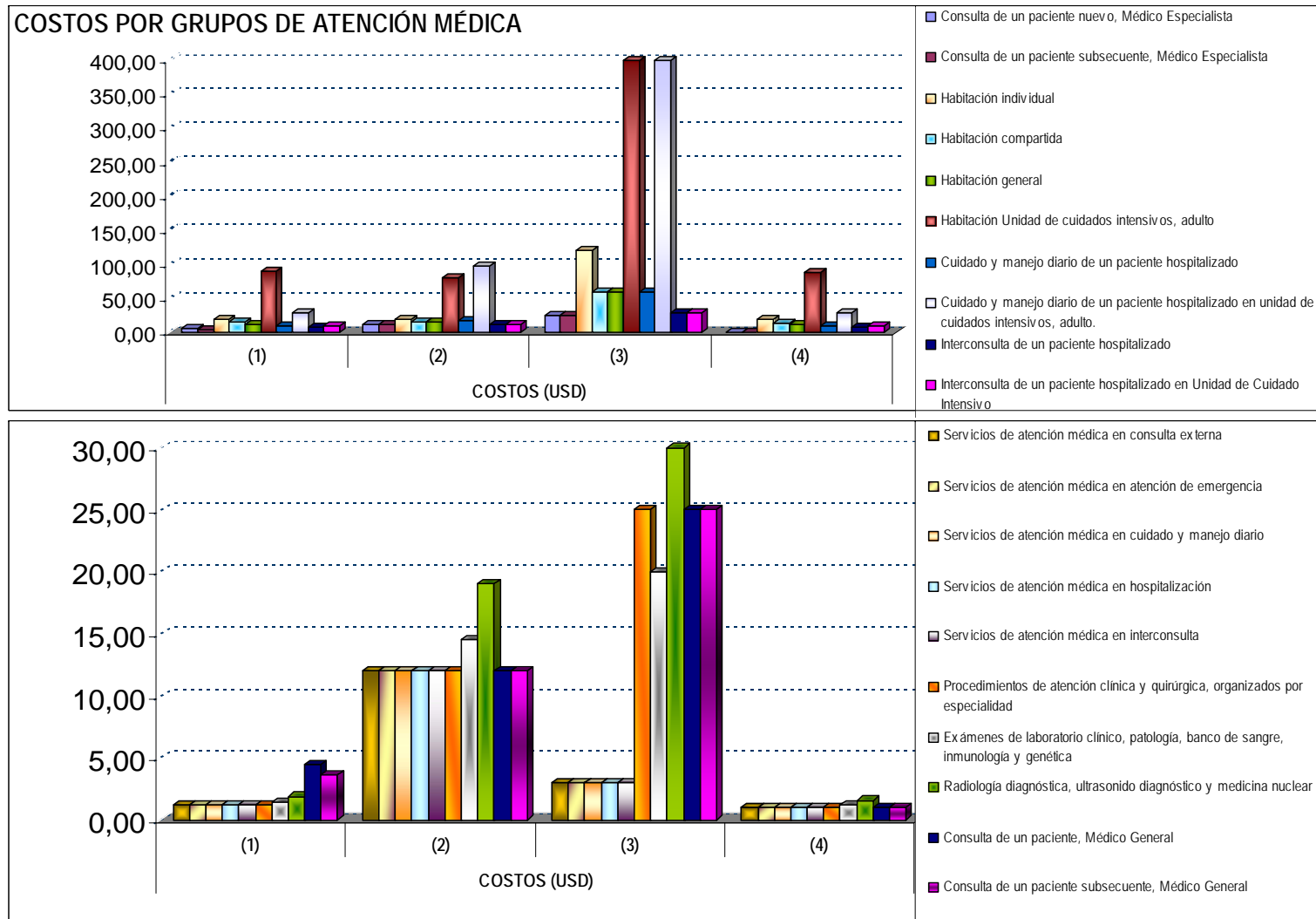
COSTOS POR GRUPOS DE ATENCIÓN MÉDICA				
GRUPO DE ATENCIÓN MÉDICA	COSTOS (USD)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Servicios de atención médica en consulta externa	1,20	12,00	3,00	1,00
Servicios de atención médica en atención de emergencia	1,20	12,00	3,00	1,00
Servicios de atención médica en cuidado y manejo diario	1,20	12,00	3,00	1,00
Servicios de atención médica en hospitalización	1,20	12,00	3,00	1,00
Servicios de atención médica en interconsulta	1,20	12,00	3,00	1,00
Procedimientos de atención clínica y quirúrgica, organizados por especialidad	1,20	12,00	25,00	1,00
Exámenes de laboratorio clínico, patología, banco de sangre, inmunología y genética	1,45	14,50	20,00	1,21
Radiología diagnóstica, ultrasonido diagnóstico y medicina nuclear	1,90	19,00	30,00	1,58
Consulta de un paciente, Médico General	4,50	12,00	25,00	1,00
Consulta de un paciente subsecuente, Médico General	3,60	12,00	25,00	1,00
Consulta de un paciente nuevo, Médico Especialista	6,00	12,00	25,00	1,00
Consulta de un paciente subsecuente, Médico Especialista	4,50	12,00	25,00	1,00
Habitación individual	20,00	20,00	120,00	19,60
Habitación compartida	15,00	15,00	60,00	14,70
Habitación general	12,00	15,00	60,00	11,76
Habitación Unidad de cuidados intensivos, adulto	90,00	81,00	800,00	88,20
Cuidado y manejo diario de un paciente hospitalizado	10,00	17,00	60,00	9,80
Cuidado y manejo diario de un paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos, adulto.	30,00	98,00	500,00	29,40
Interconsulta de un paciente hospitalizado	8,00	12,00	30,00	7,84
Interconsulta de un paciente hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo	10,00	12,00	30,00	9,80

Fuente: HCAM (1), Tarifario, Resol. CD018 / Hospital Militar (2); Dep. de facturación, tarifario / Hospital Vozandes (3); Dr. José Páez: Médico jefe servicio de Hematología / Pablo Arturo Suárez (4); Dep. Facturación, tarifario - ELABORADO POR: Hugo Fiallos

El CUADRO 5. Resume los costos por grupos de atención médica del HCAM y sus competidores; como se puede apreciar, solo son comparables con el Hospital Pablo Arturo Suárez debido a que es una institución de salud pública de Nivel II.

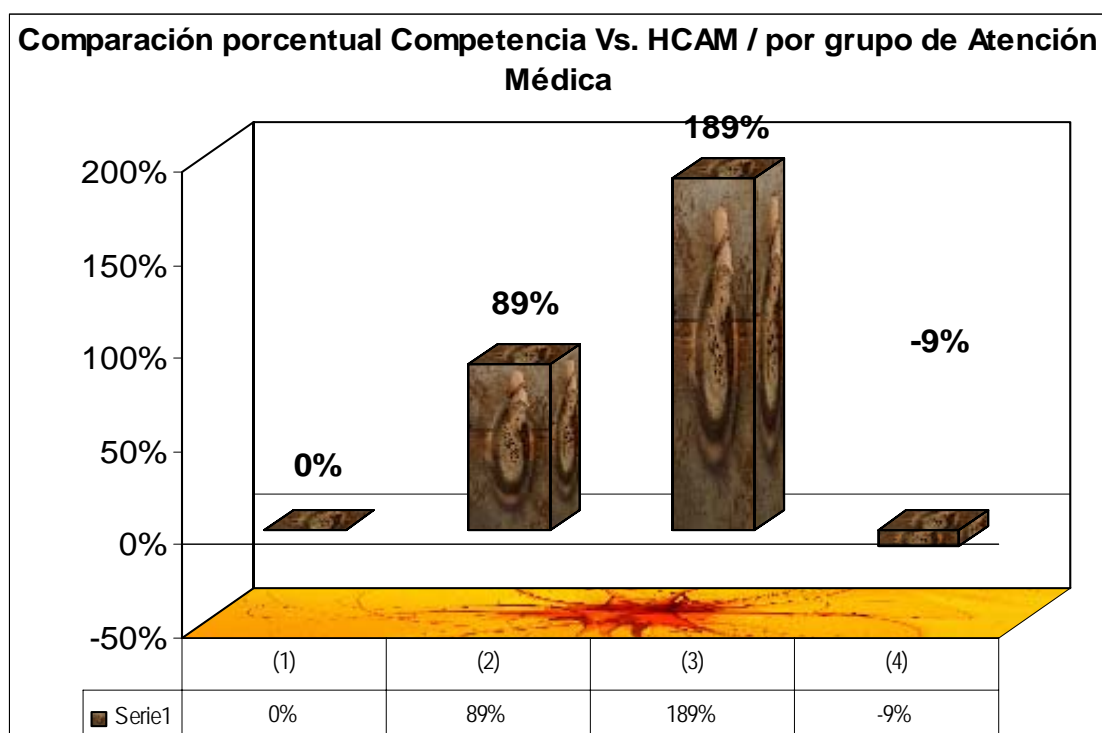
A continuación se puede observar gráficamente la diferencia existente entre los costos por grupo de atención médica en el GRÁFICO 12.

GRÁFICO 12. Costos por Grupo de Atención Médica.



(1) HCAM / (2) Hospital Militar / (3) Hospital Vozandes / (4) Pablo Arturo Suárez - ELABORADO POR: Hugo Fiallos

GRÁFICO 13. HCAM Vs. Competencia; por Grupo de Atención Médica.



(1) HCAM / (2) Hospital Militar / (3) Hospital Vozandes / (4) Pablo Arturo Suárez
Elaborado por: Hugo Fiallos

En el GRÁFICO 13. Se puede observar la relación porcentual de precios por Grupo de Atención médica, del HCAM respecto de sus competidores, el Hospital Militar es 89% más costoso que el HCAM, el Hospital Vozandes es (189% más oneroso, casi dos veces el precio establecido en el tarifario del IESS.

Por otra parte se encuentra el Hospital Pablo Arturo Suárez que es calificado con menor nivel que el HCAM, debido a que es un Hospital Zonal a diferencia del HCAM cuya atención es Regional con marcada especialización y equipamiento. Los precios establecidos son 9% más altos que los del Hospital Pablo Arturo Suárez.

En definitiva, el costo de los Hospitales públicos se encuentra por debajo del promedio de centros de salud privados, la gran cantidad de afiliados al seguro de salud individual o familiar, subsidia el costo de los que recurren a servicios de atención médica.

CUADRO 6. Cuadro resumen de costos por procedimientos del servicio médico de Hematología en las áreas de consulta externa y hospitalización.

COSTOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS HEMATOLÓGICOS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA				
GRUPO DE ATENCIÓN MÉDICA	COSTOS (USD)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Medulograma	15,00	-	60,00	14,70
Estudio de Sangre Periférica	3,00	12,00	20,00	2,94
Biopsia de Médula	30,00	100,00	-	29,40
Biopsia de Ganglio	20,00	40,00	150,00	19,60
Punción Lumbar para Quimioterapia	25,00	90,00	150,00	24,50
Procedimiento Leucemias	180,00	340,00	350,00	176,40
Leucemia aguda 10 días de hospitalización + Quimioterapia + Sangre	850,00	2500,00	3000,00	833,00
Aféresis Terapéutica	350,00	-	1500,00	343,00
Plasma Féresis	350,00	500,00	1500,00	343,00

Fuente: HCAM (1), Tarifario, Resol. CD018 / Hospital Militar (2); Dep. de facturación, tarifario / Hospital Vozandes (3); Dr. José Paez; Medico jefe servicio de Hematología / Pablo Arturo Suarez (4); Dep. Facturación, tarifario

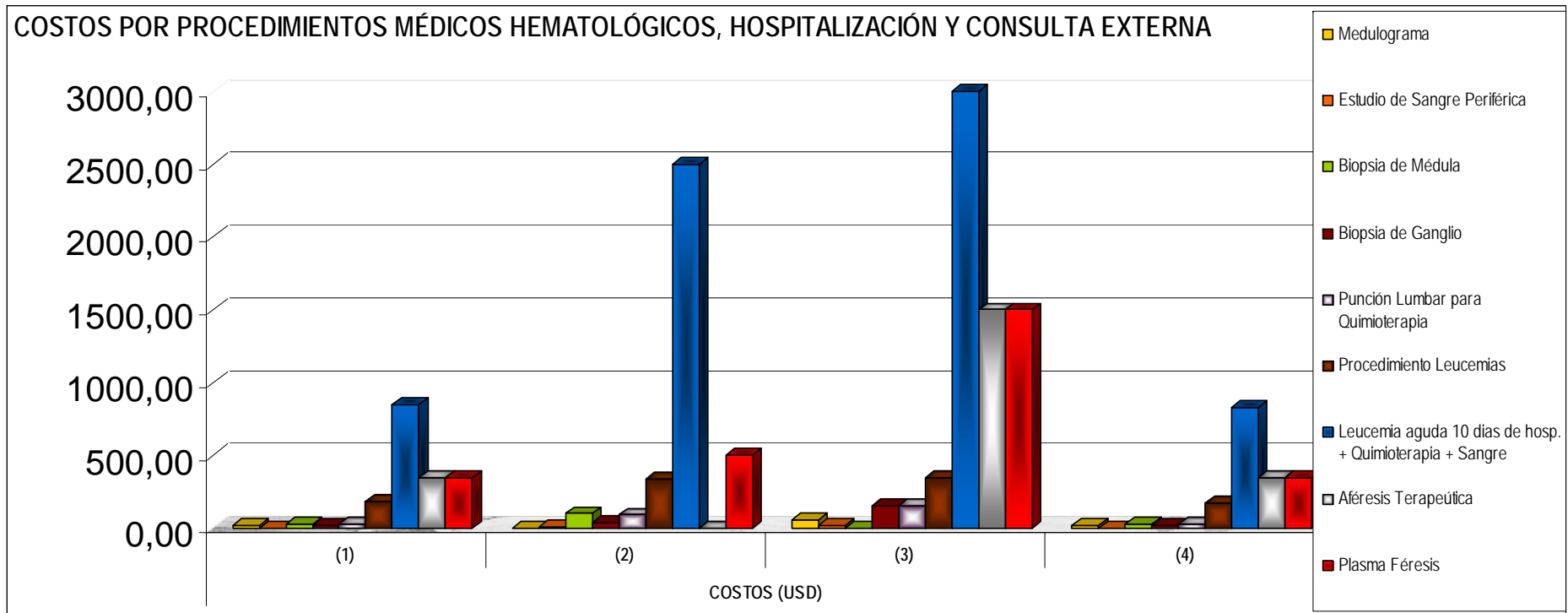
ELABORADO POR: Hugo Fiallos

En el CUADRO 6. Se encuentran resumidos los costos de los principales procedimientos que realiza el Servicio médico de Hematología del Hospital Carlos Andrade Marín, en las áreas de Hospitalización y Banco de Sangre.

Los principales procedimientos de estas áreas son: Medulogramas, Estudios de sangre periférica, Biopsia de médula y ganglios, punción lumbar para Quimioterapia, Procedimientos para tratar leucemias, Aféresis, entre otros.

El GRÁFICO 14. Permite observar la diferencia de precios de los procedimientos que se realizan en consulta externa y hospitalización; entre el HCAM y los Hospitales que representan competencia (Hospital Militar, Hospital Vozandes, Pablo Arturo Suárez).

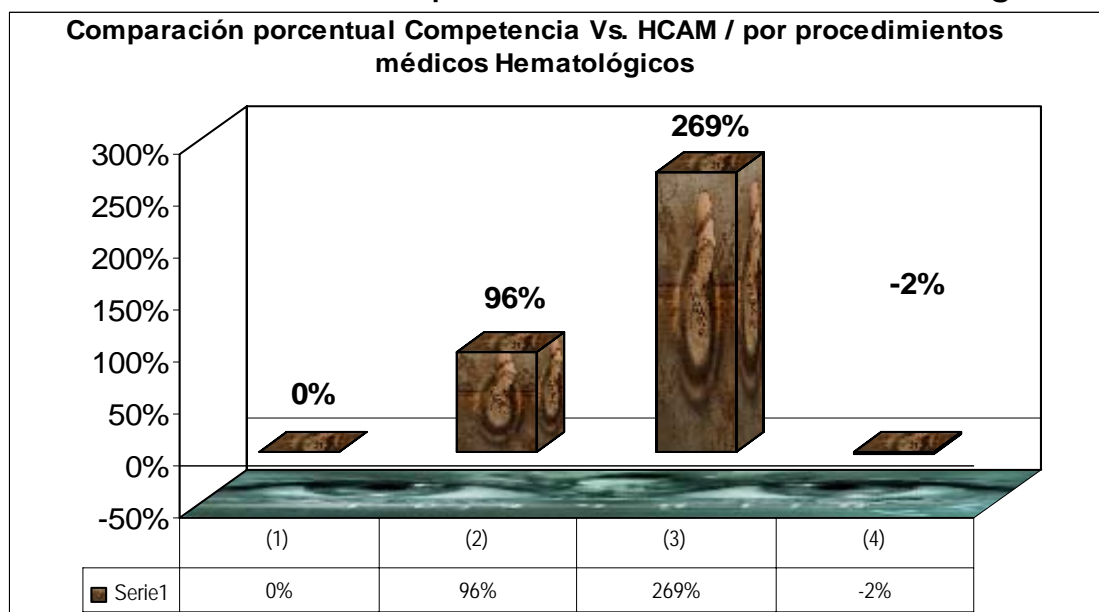
GRÁFICO 14. Costos Por Procedimientos Médicos Hematológicos, Hospitalización Y Consulta Externa.



(1) HCAM / (2) Hospital Militar / (3) Hospital Vozandes / (4) Pablo Arturo Suárez - Elaborado por: Hugo Fiallos

Como se puede ver en el GRÁFICO 14. Los procedimientos y tratamientos médicos más comunes en el HCAM tienen un costo relativamente bajo respecto al Hospital Militar y el Hospital Vozandes; y se encuentra a la par en relación al Hospital Pablo Arturo Suárez.

GRÁFICO 15. HCAM Vs. Competencia; Procedimientos Hematológicos



(1) HCAM / (2) Hospital Militar / (3) Hospital Vozandes / (4) Pablo Arturo Suárez - ELABORADO POR: Hugo Fiallos

El GRÁFICO 15. Permite observar que el Hospital Militar es 96% más costoso que el HCAM, el Hospital Vozandes 269% más, y el Pablo Arturo Suárez esta 2% más barato que el HCAM

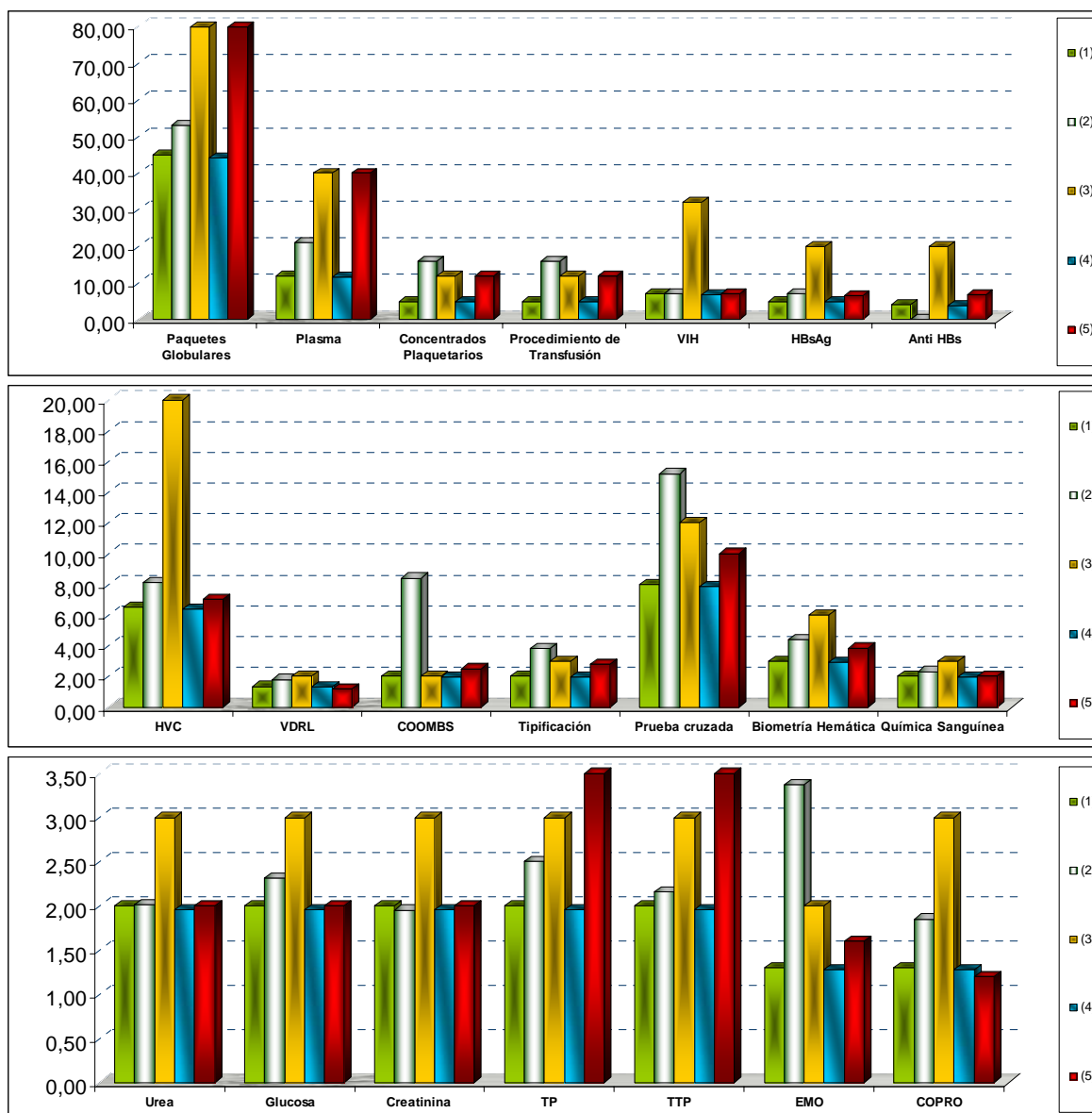
CUADRO 7. Cuadro resumen de costos del área de Banco de Sangre.

COSTOS DEL ÁREA DE BANCO DE SANGRE					
GRUPO DE ATENCIÓN MÉDICA	COSTOS (USD)				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Paquetes Globulares	45,00	53,00	80,00	44,10	80,00
Plasma	12,00	21,00	40,00	11,76	40,00
Concentrados Plaquetarios	5,00	16,00	12,00	4,90	12,00
Procedimiento de Transfusión	5,00	16,00	12,00	4,90	12,00
VIH	7,00	7,00	32,00	6,86	7,00
HBsAg	5,00	7,00	20,00	4,90	6,50
Anti HBs	4,00	-	20,00	3,92	6,75
HVC	6,50	8,10	20,00	6,37	7,00
VDRL	1,35	1,80	2,00	1,32	1,20
COOMBS	2,00	8,40	2,00	1,96	2,50
Tipificación	2,00	3,80	3,00	1,96	2,80
Prueba cruzada	8,00	15,20	12,00	7,84	10,00
Biometría Hemática	3,00	4,40	6,00	2,94	3,85
Química Sanguínea	2,00	2,31	3,00	1,96	2,00
Urea	2,00	2,01	3,00	1,96	2,00
Glucosa	2,00	2,31	3,00	1,96	2,00
Creatinina	2,00	1,95	3,00	1,96	2,00
TP	2,00	2,50	3,00	1,96	3,50
TTP	2,00	2,16	3,00	1,96	3,50
EMO	1,30	3,37	2,00	1,27	1,60
COPRO	1,30	1,85	3,00	1,27	1,20

Fuente: HCAM (1), Tarifario, Resol. CD018 / Hospital Militar (2); Dep. de facturación, tarifario / Hospital Vozandes (3); Dr. José Páez; Medico jefe servicio de Hematología / Pablo Arturo Suárez (4); Dep. Facturación, tarifario / Cruz Roja Ecuatoriana (5); Cecilia Quishpe; Enfermera, lista de precios.

El CUADRO 7. Es un resumen de los precios de las principales pruebas y productos sanguíneos del Banco de Sangre del HCAM. Para poder realizar un estudio comparativo con la competencia, ha sido necesario investigar en cuatro instituciones; El hospital Militar (2), que cuenta con un banco de sangre propio y puede producir: Paquetes globulares, Plasma, Concentrados plaquetarios.

GRÁFICO 16. Costos Banco de Sangre separado por partes



HCAM (1) / Hospital Militar (2) / Hospital Vozandes (3) / Pablo Arturo Suárez (4) / Cruz Roja Ecuatoriana (5).

Elaborado por: Hugo Fiallos

Se puede observar en el GRÁFICO 16. Que el producto más caro del Banco de sangre son los paquetes globulares antes conocidos como pintas de sangre; le sigue el Plasma, y los concentrados plaquetarios. Estos productos sanguíneos

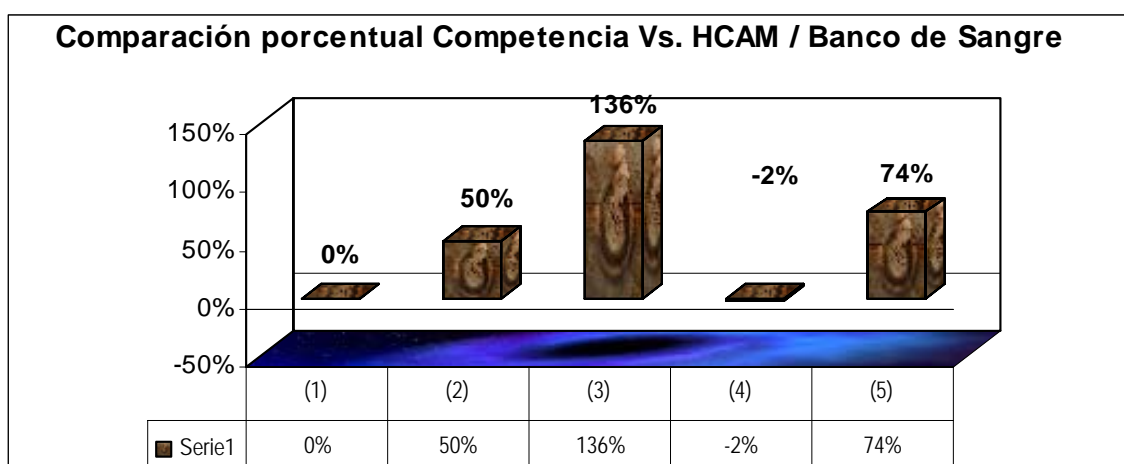
solo pueden producirse donde existan Bancos de Sangre, el equipo médico especializado y se cumplan con estrictas normas de Bioseguridad; los precios que se encuentran marcados con rojo en la GRAFICA 16. son productos del Banco de Sangre de la Cruz Roja, si se observa una diferencia en el Hospital Pablo Arturo Suárez, es debido a que es una institución pública que tiene convenio especial con la Cruz Roja Ecuatoriana.

El costo de realizar el procedimiento de transfusión bordea entre 5 dólares en instituciones públicas, a 16 dólares en instituciones privadas.

Las pruebas de sangre, más costosas son la del VIH SIDA, las Hepatitis A, B y C; y, la prueba cruzada que sirve para verificar la compatibilidad del hemocomponente entre donante y receptor; luego vienen las pruebas más comunes en el banco de sangre: el EMO y COPRO son los exámenes de heces y orina; La Biometría Hemática y la Química Sanguínea son exámenes básicos para toda cirugía al igual que la Urea, Glucosa y Creatinina.

La marcada diferencia de precios entre las instituciones de salud, públicas y privadas se muestra a continuación en el GRÁFICO 17.

GRÁFICO 17. HCAM Vs. Competencia; Banco de Sangre.



ELABORADO POR: Hugo Fiallos

Como se puede observar en el GRAFICO 17. Los precios, de las pruebas y productos del Banco de Sangre del HCAM, son mucho más accesibles que los de su competencia. Partiendo del supuesto que el HCAM es el punto cero en el eje X, podemos comparar porcentualmente con su competencia y concluir que los costos en Bancos de sangre del Hospital Militar son 50% más que los del HCAM, en relación con el Hospital Vozandes “empresa privada”, este cobra 136% más que el Carlos Andrade Marín, la cruz roja 74% más y el pablo Arturo Suárez 2% menos.

En conclusión: El hospital Carlos Andrade Marín al ser un hospital que forma parte de la red de salud del IESS, es líder en precios en el mercado por sus bajos costos. El servicio médico de Hematología al ser único en la red de salud del IESS y por contar con un Banco de sangre propio; tiene una ventaja competitiva en precios sobre su competencia, lo cuál permite tener más acceso al mercado de salud debido al tipo de atención especializada que se brinda en el HCAM.

2.2.2.4. Precios.

Los precios de los servicios de salud que brinda el Hospital Carlos Andrade Marín, se encuentran regulados por la resolución No. C.D. 018 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, dictada el 26 de agosto del 2006, donde se aprueba el tarifario del seguro general de salud individual y familiar para las atenciones médicas a los asegurados del IESS.

Este tarifario tiene el costo de todos los procedimientos y servicios de los centros de salud de la Red del IESS, donde se encuentran los centros y sub centros de salud, los hospitales de nivel I y II (hospitales con servicios de rayos X, y tratamientos simples, sin especialización) y los Hospitales de Nivel III, dentro de los cuales está el HCAM. Estos hospitales se caracterizan por tener equipos sofisticados que ayudan a diagnosticar patologías difíciles, brindan atención por especialidades, servicios quirúrgicos y son referentes regionales.

El tarifario es el listado sistemático y detallado del código de identificación, puntaje y precio de cada uno de los procedimientos médicos utilizados para la atención de los asegurados al IESS.

Cada procedimiento médico tiene un código de ocho dígitos, donde el primer dígito identifica la pertenencia al grupo; el segundo y tercer dígito identifican la pertenencia al subgrupo, y los cinco dígitos restantes identifican al procedimiento.

El servicio médico de Hematología del hospital Carlos Andrade Marín, se encuentra dentro del grupo de atención médica: Laboratorio Clínico, Patología, Banco de Sangre, Inmunología, genética; y tiene el siguiente código dentro del tarifario:

04 Hematología y Coagulación

05 Banco de Sangre – Transfusiones

El precio de cada procedimiento se expresa en dólares, que es el resultado de multiplicar el puntaje de cada procedimiento médico por el factor de conversión del respectivo grupo de atención médica.

CUADRO 8. Resumen de precios por grupos de atención médica.

GRUPO DE ATENCIÓN MÉDICA	VALOR(USD)
Servicios de atención médica en consulta externa, cuidado y manejo diario, atención de emergencia, interconsulta, hospitalización	1.20
Procedimientos de atención clínica y quirúrgica, organizados por especialidad	1.20
Exámenes de laboratorio clínico, patología, banco de sangre, inmunología y genética	1.45
Radiología diagnóstica, ultrasonido diagnóstico y medicina nuclear	1.90

Fuente: Resolución CD.018 / Elaborado por: Hugo Fiallos

El departamento de Facturación es el encargado de emitir la factura correspondiente por los servicios que recibe un paciente y debe incluir el siguiente desglose:

Cuando la atención es ambulatoria “Consulta Externa”, se desglosará por honorarios médicos, imagen, laboratorio, medicamentos, suministros e insumos.

CUADRO 9. Resumen de precios por atención médica en consulta externa.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	VALOR(USD)
10000000	Consulta de un paciente, Médico General	3.75	4.5
10000005	Consulta de un paciente subsecuente, Médico General	3.00	3.6
10000010	Consulta de un paciente nuevo, Médico Especialista	5.00	6.0
10000015	Consulta de un paciente subsecuente, Médico Especialista	7.75	4.5

Fuente: Resolución CD.018 / Elaborado por: Hugo Fiallos

Si se trata de una cirugía ambulatoria (cirugía del día), se debe incluir los honorarios médicos, imagen, laboratorio, medicamentos, suministros, insumos y derechos de uso.

La atención brindada a un paciente hospitalizado incluye los Honorarios médicos, imagen, laboratorio, medicamentos, suministros, insumos, habitación y dieta; derechos de uso (sala de operaciones, sala de partos, recuperación) y si fuese el caso el costo correspondiente a la unidad de cuidados intensivos.

CUADRO 10. Resumen de precios por atención médica en el área de hospitalización.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	VALOR(USD)
30000000	Habitación individual	16.67	20.00
30000010	Habitación compartida	12.50	15.00
30000020	Habitación general	10.00	12.00
30000030	Habitación Unidad de cuidados intensivos, adulto	75.00	90.00
30000100	Cuidado y manejo diario de un paciente hospitalizado	8.33	10.00
30000110	Cuidado y manejo diario de un paciente hospitalizado en unidad de cuidados intensivos, adulto.	25.00	30.00
30000200	Interconsulta de un paciente hospitalizado	6.67	8.00
30000205	Interconsulta de un paciente hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo	8.33	10.00

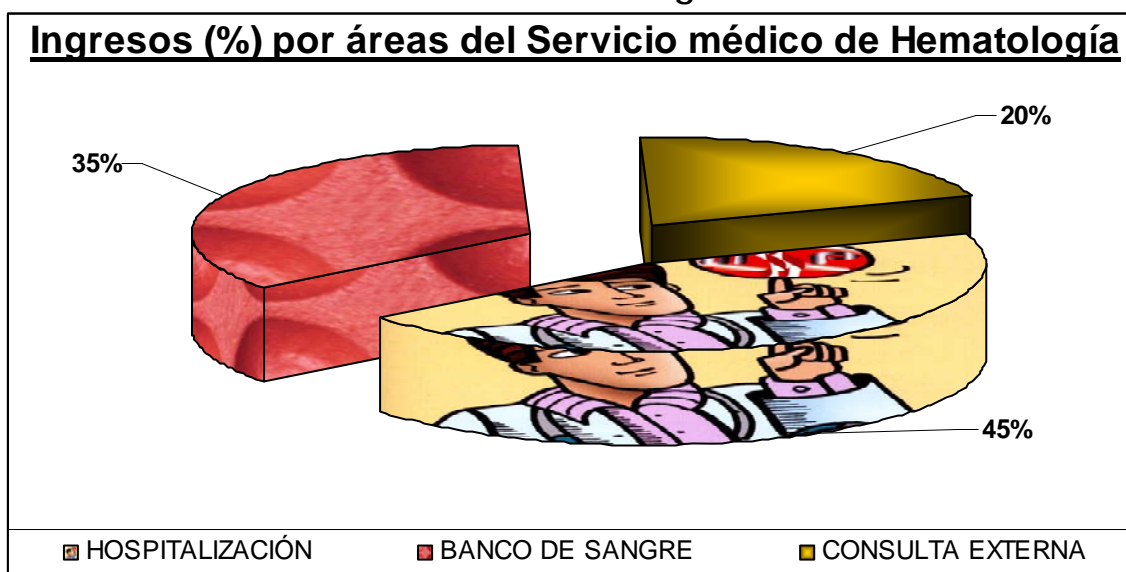
Fuente: Resolución CD.018 / Elaborado por: Hugo Fiallos

El costo de los procedimientos más frecuentes, que realiza el servicio médico de Hematología en las áreas de consulta externa y hospitalización se pueden apreciar en la columna (1) del CUADRO 6.

Los costos de los productos hematológicos y las pruebas serológicas e inmunohematológicas que se hacen en el Banco de sangre del HCAM se pueden observar en el CUADRO 7.

A continuación se puede observar el GRÁFICO 18, que muestra en porcentajes, cuál de las áreas del servicio médico de Hematología es la que mayor ingreso económico aporta:

GRÁFICO 18. Porcentaje de aporte económico de las áreas de Hospitalización, Banco de sangre y Consulta externa; al servicio médico de Hematología.



Como se puede observar en el GRAFICO 18. El área de Hospitalización es la más importante respecto al aporte económico; aportando el 45% del total de ingresos para el Servicio médico de Hematología. Le sigue el área de Banco de Sangre con un aporte de 35% que se debe principalmente a los productos sanguíneos que se despachan para todo el Hospital; y, consulta externa aporta el 20%, dinero que proviene principalmente por consultas médicas subsecuentes y tratamientos clínicos que se administran en esta área.

CAPÍTULO III.

3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

3.1. Misión.

Es la razón por la cuál existe la empresa, la naturaleza del negocio en sí.

La razón de ser del servicio médico de Hematología es convertirse en el servicio médico del HCAM, del Seguro de salud del IESS y de las instituciones de salud en general, líder en atención Hematológica, con la suficiente infraestructura física, capacidad técnica y administrativa, que garantice de manera oportuna un servicio de calidad a los afiliados del IESS, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población asegurada.

3.2. Visión.

Es la forma de ver a la institución en el futuro, resumir tendencias proyectadas hacia el futuro y sus implicaciones para la organización

Visión 2010: Ser líder en la atención Hematológica a nivel nacional e internacional, con autonomía económica y administrativa, enmarcada en los principios legales de la seguridad social, con un modelo de organización dentro del sistema de salud que preste asistencia integral, actualizada y especializada para lograr satisfacción, excelencia y calidad en sus servicios, sobrepasando las necesidades y expectativas de sus usuarios con el uso racionalizado de los recursos existentes.

LEMA: “La Salud Es Derecho De Todos”

3.3. Objetivos.

Es la exteriorización del compromiso gerencial de producir resultados, sustituyendo las acciones sin dirección y permitiendo evaluar resultados, en todos los procesos de la organización.

Objetivo General.

Es la expresión de lo que quiere llegar a cumplir la institución:

- ★ Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población usuaria, realizando las atenciones de salud que le competen, con Honestidad y Transparencia, Equidad y Solidaridad, Vocación de Servicio, oportunidad, eficiencia, calidad y calidez; con un equipo de personas comprometido, solidario y ético, abierto a los cambios; siendo un servicio de excelencia, financieramente equilibrado, con infraestructura y procesos clínico - administrativos modernos.

Objetivos Específicos.

Estos objetivos contribuyen al logro del objetivo general, tienen un enfoque más puntual; estos son:

- ★ Asumir y aplicar los procesos de Reforma Sanitaria a nivel local: transformarse en hospital autogestionado y cumplir las metas de prestaciones del IESS a sus afiliados.
- ★ Posicionar al Servicio de Hematología, en la comunidad y particularmente en los usuarios, como un centro de salud de alta calidad.

- ★ Mejorar continuamente la calidad de la atención a través del diseño, estandarización (normas y protocolos) de los procesos organizacionales clínicos y administrativos, su implementación y control.
- ★ Contribuir a fortalecer la Red de atención en Salud del IESS a través de la definición de las prestaciones y protocolos de derivación que le competen al Hospital Carlos Andrade Marín.
- ★ Mejorar permanentemente el inventario de competencias técnicas del personal del Servicio.
- ★ Aumentar la transferencia tecnológica y los servicios, mejorando la salud de la población.
- ★ Formar profesionales de la salud de excelencia, para desarrollar nuevo conocimiento científico de alto impacto

3.4. Políticas.

Las políticas guían e indican el camino a seguir para las acciones que se van a realizar y ayudan en cada uno de los obstáculos que puedan presentarse.

Política de Salud.

Esta política hace énfasis a dos aspectos relevantes:

- ★ Salud Comunitaria, cuyo objetivo será mejorar las condiciones de salud y vida de los más vulnerables de nuestra comunidad.
- ★ Servicios Especiales de Salud, los mismos que aspiran a que se convierta en referente nacional con un alto grado de especialidad

Política de Comunicación

- ★ Se aplica para toda la sociedad nacional, en todo lugar y momento a fin de responder a los requerimientos en materia de: comunicación, sensibilización, fortalecimiento, posicionamiento y promoción de la imagen de las instituciones que forman parte de la red de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, interna y externamente; poniendo especial énfasis en el trabajo con la comunidad, y, en los principios y valores de cada institución.

Política de Recursos Humanos.

- ★ Esta política vela por el desarrollo del Recurso Humano, con el propósito de que este alcance los niveles de eficacia y eficiencia requeridos por el Hospital Carlos Andrade Marín,

Política de Personal Remunerado

- ★ Esta política se aplica a todas las personas que reciben alguna retribución económica y que participen como parte del organigrama estructural del HCAM.
- ★ Debe aplicarse a todas aquellas personas que ingresen a la Institución y que mantengan una relación de dependencia con la misma.

Política de Calidad y Transparencia

- ★ La calidad debe definirse de acuerdo con el contexto en el que se ha de utilizar; debe ser cuantificable y garantizable en función de un criterio o parámetro determinado y no constituirse en una entidad absoluta.
- ★ En el contexto humanitario, la calidad está estrechamente ligada con los principios y las distintas perspectivas dentro del sector humanitario y se

refiere a los fundamentos, valores, Principios Humanitarios y Derechos existentes.

- ★ El nivel de calidad determina el grado de transparencia en las acciones de la institución, y promueve su capacidad de crecimiento.

ANÁLISIS FODA:

- ★ El Análisis FODA es una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa dentro de su mercado y de las características internas de la misma, a efectos de determinar sus Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Las debilidades y fortalezas son internas a la empresa; las amenazas y oportunidades se presentan en el entorno de la misma

- ★ Fortalezas.

Son los recursos humanos y materiales con las que cuenta la organización para adaptarse y aprovechar las ventajas que ofrece el entorno y enfrentar con mayores posibilidades de éxito las posibles amenazas.

Las Fortalezas del servicio médico de Hematología del HCAM son:

- ★ Presupuesto Fijo anual, asignado por el gobierno a través de una partida presupuestaria correspondiente a cada institución del sector público.
- ★ Clientela cautiva y creciente, en el país en general debido al crecimiento de la población y de pacientes con enfermedades de la sangre.
- ★ Capacidad Física y técnica en proceso de instalación.
- ★ Personal Profesional calificado y especializado.

- ★ Disposición al cambio por parte del personal.
- ★ Ventaja competitiva en precios respecto de la competencia.

★ Debilidades.

Son las limitaciones o carencias de habilidades, conocimientos, información, tecnología y recursos financieros que padece la organización, y que impiden el aprovechamiento de las oportunidades que se consideran ventajosas en el entorno y no le permiten defenderse de las amenazas.

Las debilidades encontradas en el servicio médico de Hematología son:

- ★ Procesos administrativos-técnicos no definidos en documentos escritos.
- ★ Organización interna deficiente, debido a los trámites burocráticos, tecnología insuficiente y estructura organizacional compleja.
- ★ Falta de controles en las áreas del servicio de Hematología, para optimizar recursos y mejorar la eficiencia.
- ★ Falta de protocolos de manejo médico y algoritmos de función, definidos y establecidos documentalmente.
- ★ Desmotivación del personal, por el exceso de trabajo y la rutina diaria.
- ★ Desactualización de equipos y software.
- ★ Desabastecimiento de fármacos e insumos.
- ★ Inestabilidad Institucional, debido a la deficiente estructura institucional, y cambios constantes de la administración, que van de la mano con cambio

de los jefes de servicio, repercutiendo en la gestión administrativa realizada.

- ★ Falta de personal operativo capacitado.

- ★ Oportunidades.

Son situaciones o factores socioeconómicos, políticos o culturales que están fuera del control de la organización, y son factibles de ser aprovechados favorablemente si se cumplen determinadas condiciones en el ámbito de la organización.

Las principales oportunidades detectadas en el servicio médico de Hematología son:

- ★ Único servicio de Hematología del IESS.
- ★ Fortalecimiento de la infraestructura institucional, con un gobierno de visión progresista, objetivos definidos y dispuesto a invertir en salud, educación e infraestructura en el Ecuador.
- ★ Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana, Hospital de Nivel III dentro de la red de salud del IESS que cuenta con prestigio, infraestructura, personal médico calificado y equipos con los que no cuentan otras instituciones de salud.
- ★ Exigencia de calidad de los servicios.
- ★ Sistema docente eficiente.

- ★ Amenazas son aquellos factores externos y que podrían perjudicar y/o limitar el desarrollo de la organización.

Las amenazas detectadas son:

- ★ Inestabilidad Política, por cambios de gobierno y políticas cambiantes en el entorno del IESS y la salud pública.
- ★ Intento de privatización.
- ★ Imagen del IESS reducida a menos.
- ★ Estructura burocrática.
- ★ Desarrollo de seguros de salud privados.
- ★ Prestaciones de salud de Hematología a fundaciones y servicios sociales a precios irrisorios.
- ★ Presencia de demanda insatisfecha.
- ★ Instituciones privadas con tecnología de alto nivel.
- ★ Procesos Centralizados.

A continuación se presentan las tablas de las matrices de áreas de ofensiva estratégica; que son resultado de la ponderación asignada a cada una de las principales Fortalezas “F”, Oportunidades “O”, Debilidades “D” y Amenazas “A”, que se comparan entre sí; para obtener como resultado las estrategias que servirán para el logro de los objetivos estratégicos.

**TABLA 7. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica “FO”
MATRIZ DE AREAS DE OFENSIVA ESTRATÉGICA**

	OPORTUNIDADES					
	Único servicio de Hematología del IESS.	Fortalecimiento de la infraestructura institucional.	Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana.	Exigencia de calidad de los servicios	Sistema docente eficiente	TOTAL
FORTALEZAS						
Presupuesto Fijo	5	5	5	1	3	19
Clientela cautiva y creciente	3	5	5	5	1	19
Capacidad Física y técnica en proceso de instalación	1	3	3	1	1	9
Personal Profesional calificado y especializado.	5	1	5	5	5	21
Disposición al cambio por parte del personal	3	3	1	1	1	9
Ventaja competitiva en precios respecto de la competencia	5	3	5	5	3	21
TOTAL	22	20	24	18	14	

Incidencia	
Alto	5
Medio	3
Bajo	1

ELABORADO POR: Hugo Fiallos

La TABLA 6. Muestra la ponderación asignada a las Fortalezas “Horizontal” y Oportunidades “Vertical” del Servicio Médico de Hematología, cuyo objetivo es determinar las más relevantes para poder elaborar las estrategias. El resultado de la Matriz de Áreas de Ofensiva Estratégica FO indica que las principales fortalezas con su puntaje son: Presupuesto Fijo (19), clientela cautiva y creciente (19), personal profesional y calificado (21), ventaja competitiva en precios respecto la competencia (21). Las oportunidades más importantes resultantes del análisis y la ponderación asignada son: Único servicio de Hematología de la red

de salud del IESS (22), Fortalecimiento de la infraestructura institucional (20), Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana (24).

TABLA 8. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "FA"
MATRIZ DE AREAS DE OFENSIVA ESTRATÉGICA

	AMENAZAS									
	Inestabilidad Política.	Intento de privatización	Imagen del IESS reducida a menos	Estructura burocrática.	Desarrollo de seguros de salud privados	Prestaciones de salud de Hematología a fundaciones y servicios sociales a precios irrisorios	Presencia de demanda insatisfecha	Instituciones privadas con tecnología de alto nivel	Procesos Centralizados	TOTAL
FORTALEZAS										
Presupuesto Fijo	5	3	5	5	1	1	3	1	3	27
Clientela cautiva y creciente	3	5	5	3	3	1	3	1	1	25
Capacidad Física y técnica en proceso de instalación	5	3	3	3	1	1	1	1	1	19
Personal Profesional calificado y especializado.	5	3	5	1	1	3	1	3	1	23
Disposición al cambio por parte del personal	1	1	1	5	1	3	1	1	1	15
Ventaja competitiva en precios respecto de la competencia	1	5	1	5	5	3	1	1	1	23
TOTAL	20	20	20	22	12	12	10	8	8	

ELABORADO POR: Hugo Fiallos

La TABLA 7. Indica el análisis de la ponderación asignada entre las Fortalezas "Horizontal" y Amenazas "Vertical" del Servicio Médico de Hematología, cuyo objetivo es encontrar las más notables para conseguir fabricar las estrategias. El resultado de la Matriz de Áreas de Ofensiva Estratégica FA señala que las principales fortalezas son: Presupuesto Fijo (27), clientela cautiva y creciente (25), personal profesional y calificado (23), ventaja competitiva en precios respecto de la competencia (23). Mientras que las amenazas de mayor impacto son: Inestabilidad Institucional (20), intento de privatización (20), Imagen del IESS reducida a menos (20), Estructura Burocrática (22).

TABLA 9. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica "DO"

MATRIZ DE AREAS DE OFENSIVA ESTRATÉGICA

Incidencia	
Alto	5
Medio	3
Bajo	1

	OPORTUNIDADES					
	Único servicio de Hematología del IESS.	Fortalecimiento de la infraestructura institucional.	Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana.	Exigencia de calidad de los servicios	Sistema docente eficiente	TOTAL
DEBILIDADES						
Procesos no definidos	1	1	1	1	3	7
Organización interna deficiente	5	5	5	3	1	19
Falta de controles	1	5	3	3	5	17
Falta de protocolos de manejo y algoritmos de función	5	3	3	1	1	13
Desmotivación del personal	5	5	5	5	5	25
Desactualización de equipos y software.	5	5	5	3	1	19
Desabastecimiento de fármacos e insumos	3	1	5	5	5	19
Inestabilidad Institucional.	5	5	3	5	1	19
Falta de personal operativo capacitado	5	3	5	1	1	15
TOTAL	35	33	35	27	23	

ELABORADO POR: Hugo Fiallos

La TABLA 8. Muestra la ponderación asignada a las Debilidades "Horizontal" y Oportunidades "Vertical" del Servicio Médico de Hematología, cuyo objetivo es determinar las más importantes para poder elaborar las estrategias que facilitarán el logro de los objetivos. El resultado de la Matriz de Áreas de Ofensiva Estratégica DO indica que las principales Debilidades existentes son: Organización interna deficiente (19), Falta de controles (17), Desmotivación del

personal (25), Desactualización de equipos y software (19), Desabastecimiento de fármacos e insumos (19), e inestabilidad institucional (19). Las oportunidades más importantes resultantes del análisis y la ponderación asignada son: Único servicio de Hematología de la red de salud del IESS (35), Fortalecimiento de la infraestructura institucional (33), Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana (35).

TABLA 10. Matriz De Áreas de Ofensiva Estratégica “DA”

MATRIZ DE AREAS DE OFENSIVA ESTRATÉGICA

DEBILIDADES	AMENAZAS									
	Inestabilidad Política.	Intento de privatización	Imagen del IESS reducida a menos	Estructura burocrática.	Desarrollo de seguros de salud privados	Prestaciones de salud de Hematología a fundaciones y servicios sociales a precios irrisorios	Presencia de demanda insatisfecha	Instituciones privadas con tecnología de alto nivel	Procesos Centralizados	TOTAL
Procesos no definidos	5	1	5	3	1	1	3	1	5	25
Organización interna deficiente	5	5	5	5	3	1	1	3	5	33
Falta de controles	5	5	5	5	5	3	1	1	1	31
Falta de protocolos de manejo y algoritmos de función	3	3	5	5	1	1	1	3	1	23
Desmotivación del personal	3	5	3	5	5	5	1	3	1	31
Desactualización de equipos y software.	5	3	5	3	3	5	5		1	30
Desabastecimiento de fármacos e insumos	3	5	1	3	5	5	3	5	3	33
Inestabilidad Institucional.	5	5	5	5	3	1	3	1	3	31
Falta de personal operativo capacitado	3	5	1	1	1	1	1	1	1	15
TOTAL	37	37	35	35	27	23	19	18	21	

ELABORADO POR: Hugo Fiallos

La TABLA 9. Muestra la ponderación asignada a las Debilidades “Horizontal” y Amenazas “Vertical” del Servicio Médico de Hematología, cuyo objetivo es determinar las más relevantes para poder elaborar las estrategias. El resultado de la Matriz de Áreas de Ofensiva Estratégica DA indica que las principales debilidades son: Organización interna deficiente (33), Falta de controles (31),

Desmotivación del personal (31), Desactualización de equipos y software (30), Desabastecimiento de fármacos e insumos (33), e inestabilidad institucional (31). Las amenazas de mayor incidencia son: Inestabilidad Institucional (37), intento de privatización (37), Imagen del IESS reducida a menos (35), Estructura Burocrática (35).

Ya se han ponderado cada una de las Fortalezas y Debilidades del análisis interno; también las Oportunidades y Amenazas del análisis externo, por lo que a continuación se muestra en el CUADRO 11. La matriz FODA del servicio Hematológico del HCAM, en donde se presentan de manera didáctica y sencilla las principales Fortalezas y Debilidades detectadas en el análisis interno, y las Oportunidades y Amenazas encontradas del análisis externo.

CUADRO 11. MATRIZ FODA

Análisis FODA	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none"> ★ Presupuesto Fijo. ★ Clientela cautiva y creciente ★ Personal Profesional calificado y especializado. ★ Ventaja competitiva en precios respecto de la competencia 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Organización interna ★ Falta de controles ★ Desmotivación del personal ★ Desactualización de equipos y software. ★ Desabastecimiento de fármacos e insumos ★ Inestabilidad Institucional.
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> ★ Único servicio de Hematología del IESS. ★ Fortalecimiento de la infraestructura institucional. ★ Hospital referente regional en la Sierra y parte de la Costa Ecuatoriana. 	<ul style="list-style-type: none"> ★ Inestabilidad Política. ★ Intento de privatización ★ Imagen del IESS reducida a menos ★ Estructura burocrática.

ELABORADO POR: Hugo Fiallos

3.5. Estrategias.

Entendemos por estrategia la forma de alcanzar los objetivos. O lo que es lo mismo, ¿Qué vamos a hacer para llegar a la meta propuesta?

- ★ Optimizar la utilización de la capacidad instalada en las áreas del servicio médico de Hematología, para lograr satisfacer la demanda insatisfecha de pacientes con problemas hematológicos..
- ★ Establecer programas de mejoramiento continuo mediante seminarios, charlas y cursos de capacitación para satisfacer las necesidades de los clientes.
- ★ Implementar la cultura de atención al cliente, a través de programas de capacitación para el personal de las áreas del servicio médico de Hematología..
- ★ Implementar la automatización de procesos, a fin de disponer de un documento informatizado de manejo por especialidad en las áreas de Hospitalización, Banco de sangre y Consulta Externa.
- ★ Elaborar manuales de procedimientos médicos y tratamientos, para las patologías hematológicas del servicio médico; en las áreas de Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa.
- ★ Disponer de una programación real de medicamentos para uso en las áreas de especialidad.
- ★ Definir e implementar procesos administrativos sencillos y eficientes, mediante la elaboración de un folleto informativo donde se detallen los procesos administrativos y así incentivar la mejora de la eficiencia y eficacia de dichos procesos.
- ★ Disponer de un software para el servicio médico de Hematología que abarque las áreas y procesos para obtener una mejor atención al cliente e incrementar la eficiencia y eficacia de las operaciones y procesos.

3.6. Principios y valores.

PRINCIPIOS.

Normas o ideas fundamentales que rigen nuestro pensamiento y la manera de comportarnos; dentro del HCAM y el servicio médico de Hematología, encontramos los siguientes principios.

★ Obligatoriedad.

Es la prohibición de acordar cualquier afectación, disminución, alteración o supresión del deber de solicitar y el derecho de recibir la protección del Seguro General Obligatorio.

★ Universalidad.

Es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos.

★ Equidad.

Es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

★ Eficiencia.

Es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios.

★ Subsidiariedad.

Es el auxilio obligatorio del Estado para robustecer las actividades de aseguramiento y complementar el financiamiento de las prestaciones que no pueden costearse totalmente con las aportaciones de los asegurados.

★ Suficiencia.

Es la entrega oportuna de los servicios, las rentas y los demás beneficios del Seguro General Obligatorio, según el grado de deterioro de la capacidad para trabajar y la pérdida de ingreso del asegurado”

VALORES.

Cualidades de las personas para enfrentar exitosamente las actividades cotidianas; los valores principales dentro de la institución son:

★ Honestidad y Transparencia:

Es la cualidad de ser honestos, rectos, razonables, que brinda una sensación de limpieza, la seguridad de rendir cuentas sin miedo y actuar correctamente en todo momento.

★ Equidad y Solidaridad:

Es una forma de expresar justicia natural, de dar a cada persona lo que merece; adherirse circunstancialmente a la causa de otros.

★ Vocación de Servicio:

Es la inclinación que tienen las personas para dedicarse a realizar su profesión.

★ Calidad del servicio:

Es el conjunto de condiciones ideales que contribuyen a hacer valioso y agradable el servicio brindado.

★ Actualización.

Es poner al día las cosas, estar constantemente aprendiendo para ser mejores.

★ Ética:

Es el conjunto de normas que rigen la conducta humana para actuar en forma recta y apegada a la moral.

★ Eficiencia y eficacia:

Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, disponiendo correctamente del uso de los recursos (humano, económico y material).

CAPÍTULO IV.

4. METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DEL CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO POR EL MÉTODO DE MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA (MICIL).

“En el año 2000, el Proyecto Rendición de Cuentas/Anticorrupción en las Américas (Proyecto AAA), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y administrado por (C&A), reconoció la necesidad de contar con un modelo que serviría de marco para el control interno de las empresas y de los gobiernos de la región de América Latina. Luego de diversas consultas con funcionarios gubernamentales responsables de la administración financiera en Latinoamérica, líderes empresariales y funcionarios de USAID en la región y en Washington, DC, el Proyecto AAA se comprometió a apoyar el desarrollo de dicho marco”.⁶

El Marco Integrado de Control Interno para Latinoamérica (MICIL) -resultado de dicho esfuerzo- es un modelo basado en estándares de control interno para las pequeñas, medianas y grandes empresas desarrolladas por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway del Congreso de los EUA (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission- COSO).

En la preparación del MICIL, expertos de C&A trabajaron conjuntamente con los líderes de asociaciones profesionales comprometidas en la mejora de la rendición de cuentas gubernamental, la auditoría gubernamental y la transparencia; en particular la Federación Latinoamericana de Auditores Internos (FLAI) y la Comisión Técnica de Auditoría Interna de la Asociación Interamericana de Contabilidad. Los miembros de la FLAI, especialmente, conocieron y contribuyeron al desarrollo del MICIL, desde el primer borrador hasta el presente formato del marco. El Proyecto AAA reconoce también el liderazgo profesional ejercido por Edison Estrella, quien diseñó y preparó el documento MICIL.

⁶ Módulo de Asistencia Técnica (TAM) Marco Integrado de Control Interno para Latinoamérica (MICIL)/Integrated Internal Control Framework for Latin America-2004, Pág. 3.

Su conocimiento del tema de control interno y su compromiso con la rendición de cuentas, la auditoría y la transparencia gubernamental se evidenció durante el proceso de preparación del MICIL.

De acuerdo a la aprobación del MICIL en la Asamblea General de la FLAI del 25 de noviembre de 2003 en La Paz, Bolivia, el Proyecto AAA espera que este documento se convierta en una referencia técnica para los profesionales en los negocios y en los gobiernos de la región latinoamericana en el diseño, desarrollo y utilización de estándares de control interno efectivos para las organizaciones de los sectores público y privado que desean operar con eficiencia, efectividad y transparencia.

4.1. Metodología marco integrado de control interno para Latinoamérica.

El marco integrado de control interno de una institución requiere de cinco componentes fundamentales que, al momento de su diseño y de manera especial al ponerlo en práctica, deben interactuar. Los componentes son:

- ★ Ambiente de trabajo y control: El ambiente interno abarca las características de una organización y establece la base para considerar y atender los riesgos, inclusive la filosofía del control y los límites de los riesgos, la integridad y los valores éticos, y el entorno en que funcionan.
- ★ Evaluación de riesgos: Se analiza los riesgos, su probabilidad e impacto, para determinar de qué manera serán manejados.
- ★ Actividades de control: Se establecen e implementan normas y procedimientos para garantizar que se apliquen eficazmente las respuestas a los riesgos.

- ★ Información y comunicación: Se identifica, captura y comunica la información relevante en la forma y momento que permita a las personas cumplir sus responsabilidades.

- ★ Supervisión: Se supervisa todo el control de los riesgos empresariales y se hacen las modificaciones que sean necesarias. Se realiza la supervisión a través de actividades de control permanentes, evaluaciones independientes, o ambas.

El control de riesgos empresariales no constituye estrictamente un proceso serial donde un componente afecta sólo al siguiente. Es un proceso multidireccional y repetitivo donde todos los componentes están interrelacionados y depende uno de otro para que exista una buena administración.

Con los cinco componentes, se conforma una pirámide, donde la base es el ambiente de trabajo y control, y que incluye los principales procesos de la organización. Sobre esta base se levantan dos columnas en los extremos de la pirámide, que llegan hasta el nivel superior (componente supervisión).

4.2. Enfoque y filosofía del marco integrado de control interno para Latinoamérica (MICIL).

El marco integrado de control interno fue desarrollado por los requerimientos de auditores externos, 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 las organizaciones han llegado a crear los “departamentos o secciones de auditoría interna” en las entidades y empresas, cuya principal actividad está dirigida a la evaluación del control interno orientado hacia la evaluación de los riesgos respecto al uso eficiente de los recursos y, el eficaz logro de los objetivos empresariales.

Los organismos profesionales de varios países han estudiado y trabajado en los modelos de control interno; el Informe COSO es el resultado de la dicha

investigación que busca una mayor disciplina y aplicación de criterios que permitan asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Otros organismos profesionales de los países industrializados han definido su enfoque sobre el control interno, basados en los criterios definidos en el Informe COSO, como los siguientes: “Criteria of Control (COCO), del Instituto Canadiense de Contadores Certificados (CICA de las siglas del inglés); Cadbury del Instituto de Contadores del Reino Unido; King del Instituto de Contadores de Australia, entre los más difundidos.”⁷

En América Latina estamos conociendo, entendiendo e iniciando la aplicación del esquema y el método definido en el Informe COSO, insertando adaptaciones dirigidas a obtener mejor comprensión y utilización de los instrumentos y herramientas que incluye el informe y el enfoque que se utiliza en la evaluación, de manera que la administración conozca y se entere de los criterios bajo los cuales debe rediseñar el marco integrado de control interno, los que serían utilizados en la evaluación.

Es preciso que, todos los ciudadanos lleguemos a conocer en qué consiste el Marco Integrado de Control Interno Latinoamericano (MICIL) y el rol de cada uno de nosotros, en su eficiente y eficaz funcionamiento hacia el cumplimiento de nuestros objetivos como personas, como proyectos, como instituciones o empresas, como gobierno y como país.

Algunos avances del derecho van acoplando a las actividades de las instituciones y de la sociedad, como es el derecho de acceso a la información pública, generada por las entidades públicas. Demuestra la importancia del componente “información y comunicación” que es parte del marco integrado de control interno.

⁷ Controles Internos de Gestión; la necesidad de un marco internacional, evaluaciones e informes periódicos, Jim Wesberry, Director, Proyecto Atlatl – México.

El marco integrado de control interno definido y desarrollado más adelante, es aplicable a las medianas y pequeñas organizaciones, públicas o privadas, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos administrados y evitando los procedimientos complicados para las operaciones de la empresa.

La normativa profesional se ha relacionado con la definición de los principios de contabilidad generalmente aceptados (PCGA) hoy desglosados en las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC) promulgadas por la Federación Internacional de Contadores (IFAC de sus siglas en inglés) y las Normas Internacionales de Auditoría (NIA) dirigidas a la auditoría de los estados financieros y promulgadas por el mismo organismo.

La normativa sobre el control interno integrado no ha sido formalmente definida por los organismos profesionales nacionales, las organizaciones regionales como la Asociación Interamericana de Contabilidad (AIC) y las instituciones internacionales de profesionales como la Federación Internacional de Contabilidad (IFAC), necesita una definición general, que se fundamente en un esquema acordado o consensuado, quizá a base de las definiciones del Informe COSO, adaptadas a los requerimientos generales de aplicación universal, de una región, de cada país, de los sectores económicos y de las instituciones que la conforman, pensando en un proyecto futuro.

El enfoque moderno del marco integrado de control interno se fundamenta en los valores y en los principios de conducta ética de los funcionarios y de las organizaciones; además existe mayor respeto a las disposiciones legales y reglamentarias, incentivando a que las instituciones funcionen en forma aceptable.

El Marco Integrado de Control Interno Latinoamericano (MICIL) establece los criterios básicos que deben incorporarse en el diseño del control interno de las instituciones. Un diagnóstico referido a la aplicación de dichos criterios es la base para actualizar el diseño y funcionamiento del control interno.

El MICIL incorpora los componentes y las actividades que vinculan a toda la organización. Las actividades de contexto constituyen las relaciones externas con otras entidades vinculadas por sus operaciones como los accionistas e inversionistas, las instituciones financieras, los organismos gubernamentales relacionados, la competencia y los potenciales usuarios importantes de bienes o servicios producidos.

Las actividades del modelo genérico de organización son las siguientes:

- ★ Que generan el valor agregado,
- ★ De infraestructura,
- ★ De gestión, y,
- ★ De procesos financieros.

La auto evaluación del MICIL, de la institución o de las actividades importantes, son prácticas recomendadas como apoyo a la gestión eficiente en las organizaciones.

La evaluación del MICIL, a partir de las herramientas desarrolladas y disponibles para su aplicación adaptada a las condiciones específicas de cada organización, es un paso importante para las actividades de control.

La evaluación del MICIL es un requerimiento obligatorio al realizar la auditoría a los estados financieros y de manera similar al ejecutar la auditoría de gestión y otras especialidades.

La evaluación del MICIL en el ámbito institucional está dirigida al diseño y la implantación de los criterios relacionados con los cinco componentes, los factores

y los criterios claves, y calificar el control interno general, por componentes y por factores.

La evaluación del MICIL a las actividades específicas está orientada a verificar los criterios diseñados y empleados en el manejo de los procesos o actividades importantes, considerando la clasificación del modelo de organización que son las que generan valor agregado, de infraestructura, de gestión y las relacionadas con los procesos financieros.

4.3. Marco conceptual moderno de control interno.

La autoridad y la responsabilidad debe mantenerse en correspondencia con las funciones de dirección superior, unidades de apoyo y asesoría, y personal operativo de las organizaciones en muchos niveles en las empresas grandes y reducidos en las pequeñas y medianas empresas. El uso adecuado de la autoridad delegada y el cumplimiento de las responsabilidades asignadas por el personal en todos los niveles deben orientarse a los objetivos de la organización, los mismos que estarán puntualmente definidos y ampliamente diseminados o difundidos en la organización.

El personal debe apropiarse de la misión y objetivos de la entidad y colaborar en forma activa para aportar en el mayor nivel posible, (conocido como empowerment); la participación activa del personal mediante la ejecución de sus funciones y el apoyo a los equipos de producción de bienes y servicios es la actitud más importante para el funcionamiento eficiente y eficaz de la organización, en lo que ayuda el diseño del control interno integrado adecuadamente implantado y sólidamente mantenido.

La apropiación dirigida hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales por parte del personal en todos los niveles promueve y quizá garantiza el funcionamiento del control interno y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El Informe COSO incluye la siguiente definición del control interno integrado:

“El control interno se 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: Eficacia y eficiencia en las operaciones, Fiabilidad de la información financiera y operativa, Salvaguarda de los recursos de la entidad, y, Cumplimiento de las leyes y normas aplicables”⁸

El marco integrado de control interno es toda la organización y no esta circunscrito a la información financiera.

Los conceptos están presentados en palabras sencillas que son de amplia utilización y conocimiento en las actividades de los sectores privado y público. Pienso que todos los elementos incluidos generalmente son conocidos por las personas, sin embargo algunos puntos y palabras claves de la definición se analizan a continuación:

El control interno es un proceso aplicado en la ejecución de las operaciones, es una herramienta y un medio utilizado para apoyar la consecución de los objetivos institucionales; definido como un proceso integrado a las actividades operativas de la entidad es importante, al formar parte de las actividades principales de la empresa.

El MICIL está inmerso en los programas de calidad y es esencial para que estos tengan éxito.

El proceso completo en que están integrados los controles internos diseñados y aplicados incluye las siguientes actividades:

⁸ Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), Pág. 2

- ★ Las que generan valor agregado (también conocidas como operativas o sustantivas),
- ★ Las de infraestructura (sustento directo para las operaciones que generan valor),
- ★ Las de gestión institucional (administración, finanzas, riesgos, planificación y otras), y,
- ★ Las referidas a los procesos de control y gestión financiera (procesos de cuentas por cobrar, cuentas por pagar, tesorería, análisis y conciliaciones, entre otras).

El control interno es ejecutado por los funcionarios y servidores que laboran en las organizaciones y recurso humano que constituye el elemento más importante para su funcionamiento no solo es el conjunto procedimientos de control detallados en los manuales de operación, organización, administración y finanzas. El personal en todos los niveles de la organización es el elemento activo y dinámico más importante, cuando tiene autoridad para ejecutar determinadas operaciones y la responsabilidad de orientarlas al cumplimiento de los objetivos de la empresa.

El diseño, la implantación y el mantenimiento de los controles internos son ejecutados por todos los miembros de la organización, por tanto la responsabilidad es compartida.

El control interno debe aportar un grado de seguridad razonable a la dirección superior de la organización, respecto del cumplimiento de las metas y objetivos institucionales; en ningún caso la seguridad será total o absoluta.

Algunas limitaciones que ratifican la característica de seguridad razonable del control interno se fundamentan en los siguientes aspectos:

- ★ Las decisiones del personal pueden ser erradas.
- ★ Pueden suceder fallas humanas.
- ★ Los controles diseñados que pueden ser burlados por colusión entre dos o más personas que participan en el proceso de la operación.
- ★ La alta dirección puede eludir los controles internos en los casos que los estimen conveniente para fines extraños o de interés personal.
- ★ La ausencia de información importante para la toma de decisiones. Sea por ocultamiento de la información o porque los resultados negativos hayan sido maquillados para presentar los resultados de la gestión de financiera en forma satisfactoria.

Ningún sistema de control interno diseñado e implantado puede garantizar en forma absoluta el cumplimiento de los procedimientos de seguridad y mucho menos el logro de los objetivos primarios de las organizaciones. Además, el grado de solidez del control interno tiene un costo, el mismo que debe ser adecuado con relación a las actividades de la organización.

El control interno diseñado debe orientarse a facilitar la consecución de los objetivos de la organización, eficiencia y eficacia de las operaciones, confiabilidad de la información financiera y operativa, protección de los activos, y cumplimiento de las leyes, regulaciones y contratos. Es importante señalar que los objetivos del control interno se caracterizan porque se complementan entre sí.

El objetivo principal del marco integrado de control interno está dirigido a la eficiencia y eficacia de las operaciones de la organización.

El control interno tiene la capacidad de prevenir las opiniones y decisiones equivocadas o los acontecimientos externos que podrían afectar el cumplimiento de las metas operativas.

4.4. Componentes y factores básicos de control interno para Latinoamérica (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.

Estos 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.

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 más adelante, 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.

En el Cuadro 12. Se muestran los componentes del COSO y del MICIL de manera gráfica y detallada; si bien es cierto; los criterios entre son los mismos pero los enfoques son diferentes, En el informe COSO se analizan los componentes y las actividades de manera generalizada o global, mientras que; en el MICIL se realiza una evaluación del control interno a través de cada componente con un enfoque más especializado y detallado, lo que permite obtener resultados más certeros y útiles para tomar decisiones gerenciales en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales.

CUADRO 12. Componentes COSO y MICIL.



ELABORADO POR: Hugo Fiallos

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-empowerment) 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.

La base de la pirámide esta conformada por la “Integridad, Valores y la Ética” y presenta el soporte fundamental para el funcionamiento de la organización debido a la fortaleza que tienen para la organización y del personal que la conforma. El apoyo y el ejemplo de la dirección superior y la supervisión permanente de los directivos complementan el principio fundamental que se basa en la pirámide del MICIL.

Los cinco componentes incorporados en la pirámide de control interno permiten observar de manera objetiva la relación existente entre cada uno de ellos, cuando el segmento asignado a cada uno se junta con otro u otros componentes y la manera como la debilidad o la ausencia de uno de ellos, promueve el desarrollo o facilita el deterioro del conjunto.

Los componentes de control interno presentan un esquema que partiendo del ambiente de control como la parte más amplia de la pirámide auspicia el funcionamiento efectivo de los cuatro componentes (evaluación de riesgo, actividades de control, información y comunicación y supervisión) que se asientan sobre él, llegando hasta el final y asegurando su funcionamiento en todos los niveles de la organización.

El componente información y comunicación es el más dinámico y permite su interrelación desde la base de la pirámide (ambiente de control) hasta la cúspide (supervisión). Mediante los reportes procesados para los diferentes niveles y en varias instancias; regresa a la base de la pirámide a través de la comunicación que se procesa desde la supervisión hacia los tres componentes y así completar el proceso al llegar a la base de pirámide.

Cada componente de control interno está integrado por varios factores relacionados con los puntos clave generales para el control de la empresa u organización en su conjunto, o referido a las actividades importantes de una institución.

Los factores constituyen el contenido técnico de cada componente del control interno integrado y se presentan como los controles claves que deben diseñarse de manera obligatoria.

4.4.1. Entorno o ambiente de control y trabajo institucional.

El entorno o ambiente de control y trabajo marca las pautas de comportamiento de una organización, tiene una influencia directa en el nivel de concientización del personal respecto al control.

Constituye la base de todos los demás elementos del control interno, aportando disciplina y estructura. Entre los factores que constituyen el entorno de control se encuentran la honradez, los valores éticos y la capacidad del personal; la filosofía de la dirección y su forma de actuar; la manera en que la dirección distribuye la autoridad y la responsabilidad y organiza y desarrolla profesionalmente a sus empleados, así como la atención y orientación que proporciona el consejo de administración.

El primer factor y la base de la pirámide del factor ambiente de control son los valores y la ética y por tanto, el cimiento donde se asienta el peso del principal componente (ambiente de control y trabajo) del MICIL. Este es un elemento en el que hay que trabajar en forma constante, no solamente mediante la emisión de un código de ética y la presentación de los valores que tiene la organización, sino que es necesaria la comunicación continua con el personal de la empresa, los clientes y terceras personas relacionadas, para garantizar la producción de bienes o la prestación de servicios basados en los principios que rigen en la organización.

Este componente está dirigido a la manera como se gerencia, dirige y supervisa el funcionamiento de la entidad; entre los factores que integran el componente se establecen los siguientes, manteniendo el orden de presentación para su estudio y aplicación:

1. Integridad y valores éticos.

El diseño y aplicación del control interno integrado de una organización se sustenta en los valores y los principios éticos conocidos y aplicados por su personal y en las políticas definidas formalmente para la prestación de servicios o la producción y distribución de los bienes producidos.

La integridad de la organización al ejecutar sus actividades o las fases del proceso de producción, de la gestión y la información, forma el principio en que se apuntala el resto de factores establecidos para validar el ambiente de control de la organización.

El cumplimiento de los objetivos de la organización se basa en juicios de valor y estilos de gestión; atributos que se evidencian en las normas de comportamiento que definen la integridad de la dirección y el compromiso que ésta asume en el ejercicio de sus responsabilidades, con relación a los valores, los principios éticos, la integridad y la transparencia; que ayudará para mejorar la eficacia de los controles internos.

2. Estructura Organizativa.

La adecuación de la estructura organizativa de una institución en gran medida depende de la naturaleza de sus actividades, el tamaño de sus operaciones y su independencia.

La estructura organizativa formal de la organización está resumida en el documento de creación, una ley en el caso de las instituciones públicas, o el estatuto de constitución para las empresas privadas. Esta estructura general proporciona el marco referencial con que se planifica, coordina, ejecuta, supervisa y controla las actividades trascendentales que generan valor agregado, proveen de la infraestructura necesaria y asientan la gestión empresarial eficaz.

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta al definir y poner en funcionamiento la estructura organizativa tienen relación con las áreas clave de autoridad y responsabilidad y el establecimiento de las líneas adecuadas de comunicación e información.

3. Autoridad asignada y responsabilidad asumida.

Para el funcionamiento de la entidad es necesario puntualizar la autoridad en las diferentes unidades operativas que se integran para su funcionamiento adecuado, basados en la naturaleza de las actividades ejecutadas y el grado de responsabilidad que cada una asume.

La responsabilidad que asume un funcionario o empleado de la organización siempre estará relacionada con la autoridad asignada; a mayor grado de autoridad mayor será el grado de responsabilidad de los funcionarios y empleados.

La mayor delegación de autoridad puede requerir el incremento del nivel de competencia del personal y mayor responsabilidad, lo que a su vez hace necesario que los procedimientos de supervisión a los resultados alcanzados sean más oportunos y eficaces.

4. Administración de los recursos humanos.

El recurso más importante de las organizaciones es el personal que la conforma.

El ambiente de control estará totalmente fortalecido si la organización administra de manera eficiente y eficaz este recurso, la que parte del establecimiento de las necesidades de personal y del perfil de funcionarios y empleados requeridos.

El proceso técnico definido para la administración del recurso humano parte de la integridad, el comportamiento ético y la competencia profesional, aspectos a ser

demostrados con relación a las funciones que deben ejecutar y los productos a generar; la definición de normas de operación y su aplicación en la administración del recurso humano están relacionadas de manera primaria con las acciones de clasificación, valoración, reclutamiento, selección, contratación, capacitación, evaluación, remuneración y estímulos del personal. La rotación del personal en los casos necesarios y que sean factibles, así como los ascensos fomentados por las evaluaciones periódicas demuestran el compromiso de la organización en el progreso del personal calificado.

5. Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.

Los conocimientos y habilidades para desarrollar las tareas en una posición, dentro de una organización son fundamentales para garantizar su funcionamiento y la calidad de los servicios entregados o bienes producidos.

La definición del perfil profesional para el desempeño de las posiciones directivas y de operación es facultad del área que requiere el personal, en coordinación con la unidad de recursos humanos, que deberá ser aprobado por la dirección ejecutiva.

En la definición del perfil profesional, se debe considerar la naturaleza y el grado de juicio profesional aplicables a un trabajo específico, se debe buscar el equilibrio entre la capacidad exigida al profesional y el nivel de supervisión a ser aplicado.

La evaluación del desempeño individual es el elemento que permite determinar en forma periódica la competencia profesional del recurso humano para realizar las funciones y tareas de una posición en la organización. Dicha evaluación aplicada al menos una vez al año, permite conocer si el personal está prestando los servicios bajo los términos de la contratación e identificar los aportes adicionales generados y su potencialidad hacia el futuro.

La competencia profesional y la evaluación del desempeño individual de los funcionarios y empleados de la organización contribuyen ampliamente para que el ambiente de control contribuya en mayor grado para la obtención de los objetivos de la organización.

6. Filosofía y estilo de gestión de la dirección.

La filosofía y el estilo de gestión de la dirección están relacionados con la manera en que la organización es administrada, incluyendo la evaluación del riesgo empresarial asumido. Una organización que ha logrado el éxito a partir de correr riesgos importantes, puede tener una perspectiva diferente sobre el marco integrado de control interno, en comparación a una administración que haya pasado situaciones adversas.

Las organizaciones manejadas formalmente dependen en gran medida de las políticas escritas, los indicadores de rendimiento propuestos, a base de la experiencia y de estudios técnicos; los informes periódicos relacionados con las operaciones realizadas; y, los reportes sobre las condiciones de excepción en el cumplimiento de las actividades.

7. El Consejo de administración y los comités.

El Consejo de Administración (junta directiva, directorio, comisión, comité u otras denominaciones) representa a los propietarios más importantes de la organización, en la gestión empresarial.

El entorno de control y trabajo está influido en gran medida por las directrices del consejo de administración y de los comités de gestión creados para operar las principales actividades de la organización, como en el caso del control (comité de auditoría) y en la administración de los recursos relevantes (humanos, adquisiciones, desarrollo de tecnología y otros).

El grado de independencia del consejo de administración, la conformación colegiada en los comités de gestión, la experiencia, la calidad profesional y la conducta ética de sus miembros, entre otras, son cualidades que garantizan las decisiones tomadas por estos cuerpos colegiados.

Las políticas emitidas para promover el logro de los objetivos de la organización están dirigidas a la dirección ejecutiva para garantizar la eficacia en el funcionamiento del marco integrado de control interno. El funcionamiento de los comités de adquisiciones, administración de personal y desarrollo de tecnología aportan una estructura y los criterios técnicos para fortalecer el funcionamiento eficiente de la institución.

La colaboración de los auditores externos mediante exámenes independientes y los informes relacionados con la presentación de los estados financieros contribuyen a mejorar el funcionamiento del marco integrado de control interno y del ambiente de control de la organización.

8. Rendición de cuentas y transparencia.

La relación fundamental entre la base de la pirámide: “entorno o ambiente de control y trabajo” de la organización y la cúspide de la misma, el Consejo de Administración, esta constituida por el factor Integridad y Valores Éticos, que permitirá catalizar la voluntad y el cumplimiento de la administración relacionada con la rendición de cuentas respecto a los resultados financieros y de gestión de las operaciones; situación que permitirá promover la transparencia en el manejo de las organizaciones.

La responsabilidad por la rendición de cuentas y la transparencia es competencia de la dirección ejecutiva de la organización, no obstante, el consejo de administración se constituye en el organismo responsable solidario y directo cuando aprueba los resultados financieros y de gestión reportados por la dirección ejecutiva, los cuales son validados mediante las evaluaciones realizadas por la

auditoría interna sobre el funcionamiento del marco integrado de control interno y a la razonabilidad de los resultados informados.

4.4.2. Evaluación de los riesgos para obtener objetivos.

Toda entidad debe hacer frente a una serie de riesgos, tanto de origen interno como externo, que deben evaluarse. Una condición previa a la evaluación de los riesgos es el establecimiento de objetivos en cada nivel de la organización y que sean coherentes entre sí.

La evaluación del riesgo consiste en la identificación y análisis de los factores que podrían afectar la consecución de los objetivos y, sobre la base de dicho análisis, determinar la forma en que los riesgos deben ser gestionados.

Los riesgos afectan de manera directa las habilidades de las instituciones para su operación, para competir con éxito, para mantener una posición financiera sólida, para disponer de una imagen pública positiva, para la producción de bienes o servicios de calidad, y para contar con el personal apropiado.

La dirección superior de las organizaciones debe determinar el nivel de riesgo que considera aceptable y esforzarse por mantenerlo en los límites marcados o bajo control.

Los factores fundamentales que son parte del componente evaluación del riesgo dirigido al logro de los objetivos y se consideran en el diseño del MICIL son los siguientes:

1. Objetivos de las organizaciones.

La definición del control interno integrado establece las categorías generales de los objetivos y pueden servir de referencia básica para que la administración defina los objetivos para la organización de manera puntual. En resumen los objetivos generales del control interno son:

- ✦ Eficiencia y efectividad de las operaciones de la organización.
- ✦ Confiabilidad de la información financiera y de operativa producida.
- ✦ Protección de los activos de la organización, y,
- ✦ Cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales.

Las aseveraciones necesarias y obligatorias para la preparación y presentación de información, por parte de la organización son existencia o efectividad, totalidad o integridad, derechos y obligaciones, valoración o asignación, presentación y desglose.

Los objetivos de salvaguarda de los recursos de la organización están relacionados con adecuados procesos dirigidos a la adquisición, contratación, integración, registro, custodia, utilización, manejo, evaluación y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de la organización.

El cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales incide positivamente sobre la reputación de la organización o entidad en la comunidad.

La consecución de los objetivos estratégicos se basa en las pautas internas y desarrollar las actividades de la organización como las tenía planeadas. Sin embargo, puede ser superada por la competencia o puede verse afectada por acontecimientos externos.

El marco integrado de control interno propone el desarrollo de objetivos y metas coherentes para la organización, la identificación de los factores críticos del éxito y la presentación de información sobre el rendimiento y las operaciones.

2. Riesgos potenciales para la organización.

La dirección debe examinar en detalle los riesgos existentes en todos los niveles de la organización y tomar las medidas oportunas para gestionarlos.

La identificación y el análisis de los riesgos es un proceso interactivo, continuo y fundamental del control interno gestionado por la dirección.

El rendimiento de una organización puede verse afectado por factores internos y externos.

El proceso de evaluación debe identificar todos los riesgos importantes que puedan surgir y considerar todas las interacciones significativas (bienes, servicios e información) que se produce entre la organización y terceros, actuales o potenciales (suministradores, inversores, acreedores, empleados, usuarios, intermediarios, competidores).

La identificación de riesgos es un proceso integrado en la planificación institucional y debe ser considerado desde una base cero para proyectarlos.

El análisis de los riesgos incluye un proceso relacionado con la calificación que se den en las siguientes actividades:

- ✦ Estimar la importancia del riesgo. Alto, medio o bajo.
- ✦ Evaluar la probabilidad (frecuencia) de que el riesgo se materialice, se produzca o se presente.
- ✦ Análisis de la situación y establecer la manera como se gestionará el riesgo y determinar las medidas que se podrían adoptar.

3. Gestiones dirigidas al cambio.

Los cambios generados en las actividades desarrolladas por las organizaciones hace que el marco integrado de control interno establecido se desactualice.

Habrá que analizar los cambios operados y tomar las acciones para actualizarlo y posiblemente mejorarlo; los procesos de informaci3n constituyen la base para identificar los cambios operados en los usuarios, en las actividades y en las condiciones de operaci3n. El cambio de tecnología en los procesos de producci3n, normativa y reglamentaciones e instituciones que presten los mismos servicios son puntos de referencia.

El impacto potencial de algunos elementos requiere de una atenci3n especial y los principales son:

- ★ Cambios en el entorno operacional. Los cambios en el contexto econ3mico, legal y social pueden generar riesgos nuevos para la organizaci3n.
- ★ Nuevo personal. Principalmente en los niveles directivos que no se integren en la filosofía y enfoque de la organizaci3n.
- ★ Sistemas de informaci3n nuevos o modernizados. Los nuevos sistemas deterioran los controles claves que funcionaban.
- ★ Rápido crecimiento de la organizaci3n. El personal y los sistemas se ven sometidos a requerimientos adicionales y los procedimientos de control son menos exigentes.
- ★ Tecnologías modernas. Requieren modificaciones en los controles internos, muchos de los cuales se integran en los programas de computaci3n.

- ★ Nuevos servicios y actividades. Es necesario adecuar los controles internos a las actividades nuevas y que por lo regular incluirán tecnología moderna para su operación.

- ★ Reestructuraciones internas. Ajustes para equilibrar los resultados de operaciones debido a requerimientos de los propietarios. Esto puede debilitar el marco de control interno por las limitaciones de recursos humanos y financieros.

- ★ Actividades en el extranjero. Estas operaciones llevan un grado de riesgo mayor, debido a la cultura del país donde se opere, las disposiciones legales y el enfoque de la gestión local.

La ubicación de “criterios de alerta temprana” para identificar indicios de nuevos riesgos y de mecanismos que identifiquen las oportunidades generadas por el entorno en constante evolución. La rapidez para la identificación de los cambios es una característica necesaria.

4.4.3. Actividades de control para minimizar riesgos.

Las actividades de control consisten en las políticas y los procedimientos que tienden a asegurar que se cumplen las directrices de la dirección, también tienden a asegurar que se toman las medidas necesarias para afrontar los riesgos que ponen en peligro la consecución de los objetivos de la entidad.

Las actividades de control se llevan a cabo en cualquier parte de la organización, en todos los niveles y en todas sus funciones

Las actividades de control son emitidas por la dirección superior para implantar las políticas que aseguren el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización y las instrucciones emanadas de la dirección con el propósito de controlar los riesgos identificados y que podrían afectar el cumplimiento de dichos objetivos.

Las actividades de control importantes estarán relacionadas con áreas de operación, principalmente dirigido a las actividades que generan valor agregado a las organizaciones,

Cabe destacar, la existencia de las siguientes actividades de control que son aplicadas por el personal de las organizaciones en todos los niveles:

- ★ Repetición. De las acciones aplicadas durante el procesamiento de las operaciones para validar los datos y los controles aplicados.
- ★ Validación. Mediante la autorización, comparación y verificación de la pertinencia y la legalidad de la transacción.
- ★ Aseguramiento. Mediante la aplicación de los controles establecidos para reducir los riesgos y los errores en la ejecución de las actividades.
- ★ Especialización funcional. Insertada en la estructura de la organización como la separación de funciones, la supervisión de los procesos, las evaluaciones ejecutadas por la Auditoría Interna y otras.

El componente actividades de control establece los siguientes factores aplicables al marco integrado de control interno institucional:

1. Análisis de la dirección.

Consiste en la evaluación periódica y el uso del criterio de los directores, respecto al desenvolvimiento de la empresa en todos los ámbitos que correspondan al giro del negocio.

Los resultados generados por el componente “información y comunicación” que lo analizaremos en el punto 4.4.4., permiten dar seguimiento al comportamiento, cumplimiento y avances logrados considerando los presupuestos programados;

las previsiones de comportamiento financiero, económico y tecnológico; los resultados proyectados en los presupuestos a base de las operaciones de años anteriores y la información disponible de los competidores.

Los objetivos estratégicos de las organizaciones deben analizarse en forma continua y periódica.

La mejora en los servicios o en los procesos de producción es una iniciativa para que los resultados obtenidos se acerquen a los niveles establecidos en el plan anual de operaciones y de ser posible superar las metas de la entidad.

Otras acciones de seguimiento y análisis de la información por parte de la dirección se relacionan con el desarrollo y la producción de nuevos servicios o productos, la contratación de actividades de riesgo compartido, la contratación de actividades de ampliación o el desarrollo por administración directa de la propia empresa.

2. Proceso de la información.

La disponibilidad de información oportuna en el proceso de ejecución de las operaciones de un negocio es fundamental y la participación de los niveles de operación es la base para garantizar los datos, obtenerlos en forma oportuna, distribuirlos a todas las unidades relacionadas y fundamentalmente a los niveles directivos, donde se toman las decisiones importantes.

Describir y aplicar el proceso sistematizado para la generación de información relevante sobre el comportamiento de los factores relacionados con los principales objetivos de la organización es una actividad permanente de monitoreo de los objetivos de la empresa, y emitirá la señal precisa para continuar con las operaciones o cambiar el rumbo con los ajustes oportunos y sugerencias precisas.

El proceso de la información para dar seguimiento a los objetivos de la organización varía de acuerdo con el tipo de actividad desarrollada.

La dirección superior establecerá políticas dirigidas a determinar el proceso de preparación de la información para uso interno y para uso externo, misma que deberá formalizarse con las firmas de las principales autoridades y servirá para comparar los resultados reales con las estimaciones realizadas para el presupuesto.

3. Indicadores de rendimiento.

Los indicadores de rendimiento son determinados en varios instrumentos formales y de referencia, no obstante la planificación de las operaciones basada en las experiencias y el estudio de procesos específicos, resultados obtenidos de los informes de operaciones y financieros reales, serán la base para la aplicación de acciones correctivas y al logro de los objetivos de la organización.

Los indicadores globales o generales para las empresas y organizaciones deben darse seguimiento continuo en el proceso de obtención de los resultados de las operaciones que generan valor agregado (sustantivas) y los resultados financieros previstos por períodos, áreas de operación, productos y otros aspectos.

La gerencia requiere indicadores más detallados que, solamente el volumen de ventas mensuales y el nivel de ocupación logrado; el detalle de la información por períodos cortos permiten identificar las causas del cumplimiento o no de los indicadores planificados.

4. Disposiciones legales puntuales.

La herramienta formal que crea una organización o empresa es la ley o el estatuto de constitución, donde se define en términos generales sus principales objetivos y es la base para su organización y funcionamiento.

El cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales aplicables es un objetivo del control interno que debe incorporarse en su diseño e implantarse en las actividades.

5. Criterios técnicos de control interno.

Al nivel de los componentes, factores y actividades relevantes están definidos varios criterios técnicos para el funcionamiento eficaz del MICIL y para que cumpla el principal objetivo de evaluación de las operaciones y los resultados obtenidos.

Este objetivo debe ser cubierto por el encargado de la dirección ejecutiva de auditoría interna y mediante la auto evaluación ejecutada por la propia administración.

Criterios técnicos como las soluciones tomadas en las reuniones periódicas del personal para analizar el avance de los objetivos, la conciliación bancaria para determinar las disponibilidades efectivas, la confirmación de saldos de las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar para validar los derechos y obligaciones de la empresa, la documentación formal de las operaciones mediante informes escritos periódicos, entre otros, son parte del marco integrado del control interno.

6. Estándares específicos.

Son normas, modelos, patrones o referencias que se caracterizan por ser puntuales y enfocadas a llevar en un mismo formato la información, lo que facilita el uso y entendimiento de la misma y facilita el control y la toma oportuna de decisiones.

Los informes operativos o de rendimiento establecen los principales contenidos de interés para los usuarios de la información y deben estar incluidos en forma clara y lo suficientemente desglosada.

Existen varios estándares específicos relacionados con las actividades que generan valor agregado a la empresa u organización y deben incluirse al diseñar los procedimientos a ser aplicados en la ejecución de las operaciones.

7. Información generada.

Las bases de información histórica producida por la empresa u organización proveen relevantes indicadores mediante los presupuestos de operaciones y la proyección de los resultados esperados, datos fundamentales para valorar la empresa y las acciones que se cotizan en los mercados de valores.

Más aplicaciones son factibles en el diseño del marco integrado de control interno, de inicio para la propia administración y luego para los accionistas, inversionistas, instituciones financieras y proveedores.

8. Rendimientos esperados.

La proyección de los rendimientos esperados a base de los resultados estadísticos de los últimos ejercicios y del entorno político, social y económico en que se desempeña la empresa es un indicador importante que sirve para medir el desempeño de la organización y la forma en que la administración esta cumpliendo con los objetivos.

9. Otros criterios de control.

En forma paralela a la evaluación de los riesgos, la dirección debe establecer, definir y aplicar un plan de acción para afrontar los riesgos y garantizar el cumplimiento de los objetivos de la empresa en el tiempo programado o la introducción de los correctivos necesarios.

Las actividades de control incluyen mecanismos para asegurar en buena medida el cumplimiento de los objetivos de la organización y deben incluir el seguimiento

para verificar los niveles de ocupación logrados en forma periódica, compararlos con la programación de la administración y proponer acciones para mejora.

El marco integrado de control interno se constituye en un elemento coordinador del proceso de gestión institucional.

4.4.4. Información y comunicación para fomentar la transparencia.

Este componente es el más dinámico del marco integrado de control interno, por su ubicación en la pirámide del control interno comunica el ambiente de control y trabajo (base) con la supervisión (cima), con la evaluación del riesgo y las actividades de control, conectando en forma ascendente a través de la información y descendente mediante la calidad de comunicación generada por la supervisión ejercida.

Es necesario identificar, recoger y comunicar la información relevante en la forma y en el plazo que permita a cada funcionario y empleado asumir sus responsabilidades. Los sistemas de información generan informes, recogen información operacional (actividades que generan valor agregado), financiera (estados financieros periódicos) y de cumplimiento (pago de impuestos y otras obligaciones), que posibilitan a la dirección el control de las operaciones y de la organización.

Dichos informes contemplan, no solo, los datos generados en forma interna, sino también la información sobre las incidencias, actividades y condiciones externas, necesarias para la toma de decisiones y para formular los informes financieros.

El establecimiento de una comunicación eficaz, significa una circulación de la información (formal e informal) en varias direcciones, es decir ascendente, transversal, horizontal y descendente. La dirección superior debe transmitir un mensaje claro a todo el personal sobre la importancia de las responsabilidades de cada uno en materia de compartir la información con fines de control.

El personal debe disponer de un sistema para comunicar información importante a los niveles superiores de la empresa. Asimismo, es necesaria la comunicación eficaz con terceros: usuarios (clientes), proveedores, organismos de control y propietarios (accionistas).

El diseño del marco integrado de control interno requiere que las organizaciones produzcan información relevante, operacional, administrativa, financiera y estadística sobre las actividades internas y la relacionada con los acontecimientos externos.

Los informes deben contener datos relevantes para posibilitar la gestión eficaz de la gerencia y su calidad contener los siguientes atributos:

- ★ Cantidad suficiente para la toma de decisiones.
- ★ Información disponible en tiempo oportuno.
- ★ Datos actualizados y que corresponden a fechas recientes; los datos incluidos son correctos.
- ★ La información es obtenida fácilmente por las personas autorizadas.

Los principales factores que conforman el componente información y comunicación son:

1. Información en todos los niveles.

El conocimiento de los resultados de la gestión formalizados en la información de los diferentes departamentos o unidades y consolidada para uso de la dirección superior en todos los niveles de la empresa sensibiliza al personal sobre la necesidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos de sus unidades de operación y en forma acumulada los objetivos de la organización.

Es importante comunicar al personal de la empresa sobre los resultados periódicos de las unidades de operación para lograr su apoyo, ya que es el recurso más importante para el funcionamiento del marco integrado de control interno y la consecución de los objetivos de la unidad y de la institución.

La información periódica al máximo nivel de supervisión institucional requiere varias características y cualidades para evaluar en forma detallada los puntos de control para identificar los riesgos relevantes y promover las acciones de control efectivas por la administración o la gerencia de la empresa.

La documentación de las acciones generadas a partir de la información recogida, estudiada y aprobada en los diferentes niveles de la organización es un requerimiento importante del marco integrado, ya que posibilita la reorientación y mejor utilización de los recursos de la empresa.

2. Datos fundamentales en los estados financieros.

Un elemento principal del componente información y comunicación son los estados financieros. Estos son el medio más conocido y divulgado para la presentación de los resultados de operación de una organización.

La información financiera del ejercicio anual de operaciones requiere una serie de características técnicas que lo hacen completo y se basa en las afirmaciones que la administración conoce y asume la responsabilidad sobre su contenido e incluye las firmas de los principales funcionarios, el Gerente o Presidente Ejecutivo, el Director o Gerente Financiero y el Contador General de la organización, así como el lugar y la fecha en que fue preparado y firmado.

Los requerimientos técnicos incluyen los cuatro estados financieros preparados en forma comparativa con los del año anterior, incluyen todos los ajustes conocidos y los resultados presentados son reales. La presentación de las notas explicativas o aclaratorias a los estados financieros que incluyan las políticas y

métodos de registro utilizados, así como el desglose de la información relevante de interés a los usuarios internos y externos.

La propagación pública de los estados financieros anuales es una condición que fomenta la transparencia de la información y los resultados obtenidos por la empresa.

3. Herramienta para la supervisión.

El principal propósito de este del componente información y comunicación de los resultados obtenidos por la organización es constituirse en una herramienta práctica, pormenorizada, confiable y oportuna para aplicar la supervisión en los diferentes niveles de la institución.

La información es una herramienta fundamental para la supervisión aplicada por los niveles directivos superiores e intermedios para apoyar el cumplimiento de los objetivos programados y la generación de acciones que permitan controlar los riesgos en el cumplimiento de los objetivos de la organización.

4. Información adicional y detallada.

Información sobre el comportamiento de las operaciones realizadas para su integración en la base de datos estadísticos históricos que permitan estudiar las relaciones con el ámbito de protección de las operaciones.

El informe anual de la gestión preparado por la Gerencia de la empresa incluye la información al detalle de las actividades proyectadas y elaboradas por todas las unidades operativas importantes y por lo general en períodos anuales.

La información detallada que sirve para la preparación de los informes compilados o consolidados se maneja en los niveles de operación y es importante que sean compartidas con las unidades relacionadas.

5. Comunicación de los objetivos de la organización.

La comunicación de los objetivos institucionales es una actividad totalmente relacionada con la entrega de información importante para la ejecución de las operaciones.

Una comunicación extensa, que contenga las expectativas y compromisos de las personas y de los grupos relacionados con los objetivos de la empresa, debe estar disponible.

El mensaje de la gerencia sobre el conocimiento del marco integrado de control interno es importante para que los funcionarios y empleados tomen con seriedad los criterios relevantes, a partir de la participación en los procesos de auto evaluación al nivel de la organización y potencialmente de las actividades en que estén vinculados en forma directa.

Debe existir un mensaje claro para animar al personal a informar sobre los incumplimientos del código de conducta de la organización a manera de un control preventivo.

La comunicación franca a los clientes, proveedores, accionistas y usuarios de los bienes, servicios puede aportar información de valor sobre el diseño y la calidad de los productos y servicios que produce la empresa, posibilitando la respuesta oportuna a los cambios en las exigencias y preferencias de los clientes.

La comunicación entre la dirección ejecutiva y los usuarios o interlocutores externos, realizada en forma directa y sincera permite transmitir el mensaje en todos los ámbitos de la organización.

4.4.5. Supervisión interna continua y externa periódica.

Es indispensable ejecutar una supervisión de los sistemas de control interno, valorando la calidad de su rendimiento periódicamente.

La supervisión continua está incluida en el marco de las actividades corrientes y alcanza unos controles regulares realizados por la dirección. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales se determinarán principalmente en función de una evaluación de riesgos y de la eficacia de los procedimientos de supervisión continuada.

El componente supervisión permite evaluar si esta continua funcionando de manera adecuada o es necesario introducir cambios, el proceso comprende la evaluación, por los niveles adecuados, sobre el diseño, funcionamiento y manera como se adoptan las medidas para actualizarlo o corregirlo.

Las operaciones de supervisión como componente del marco integrado de control interno se concreta en los siguientes factores:

1. Monitoreo continuo por la administración.

Una estructura organizativa racional que incluya las actividades de supervisión apropiadas permite comprobar que las funciones de control se ejecutan y que en caso de deficiencias importantes sean identificadas.

Los eventos de capacitación, las sesiones de planificación y otras reuniones permiten a la dirección obtener información importante sobre la eficacia de los controles internos.

Una declaración periódica del personal sobre el conocimiento y cumplimiento del código de conducta es una práctica recomendable y parte del componente supervisión en el marco del control interno.

2. Seguimiento interno.

Las evaluaciones del control interno ejecutadas por el departamento de auditoría interna o control interno varían según la magnitud del riesgo a ser controlado y la importancia de los controles requeridos para reducir los riesgos.

La evaluación del control interno esta dirigida a las actividades importantes que presenten riesgos en cuanto a la obtención de los objetivos primarios de la organización y que pueden ser evaluados en el marco integrado del control interno, a partir de la evaluación de sus componentes e identificar los factores susceptibles de mejora con un efecto directo para la administración de los riesgos relacionados.

La evaluación del marco integrado de control interno puede estar motivada por cambios importantes en la estrategia o la gerencia, adquisiciones o enajenaciones importantes, modificaciones relevantes en la producción o en los métodos de registro y de la información financiera. En este caso, la evaluación debe centrarse en cada componente del control interno relacionados con todas las actividades importantes.

3. Evaluaciones externas.

El control interno incorpora las apreciaciones externas realizadas en forma periódica como parte de la auditoría a los estados financieros u otro tipo de evaluación que se programe o se contrate para la empresa.

La evaluación del control interno como parte de una auditoría externa toma como base los procedimientos aplicados por la administración de la empresa, puede enfocarse la evaluación a la validación de los procesos aplicados por el seguimiento interno.

Es evidente la necesidad de mantener la documentación que demuestre el proceso, los criterios utilizados, la integración de la muestra del personal que participó en la auto evaluación y los informes resultantes del trabajo desarrollado.

La evaluación del marco integrado del control interno como parte de la auditoría financiera es nuevo y está en el proceso de implantación, mucho más debido a que el procedimiento también es reciente para las direcciones de auditoría interna de las organizaciones.

La evaluación del MICIL como parte de la auditoría de gestión proyecta un nuevo reto para las auditorías especializadas, de manera específica al comenzar la evaluación del control interno dirigida a las actividades que generan valor agregado de las organizaciones.

4.5. Limitaciones, responsabilidades y los controles suaves.

Por muy bueno que sea el diseño y funcionamiento del MICIL, sólo es capaz de proporcionar una certeza razonable a la dirección y al consejo de administración, respecto a la obtención de los objetivos de la organización.

Las posibilidades de lograr los objetivos definidos para la organización, se ven disminuidos por las limitaciones inherentes al propio control interno, tales como: juicios errados en la toma de decisiones, disfunciones por fallas humanas, errores, desconocimiento de las disposiciones legales relacionadas, entre otros.

El diseño y la aplicación del marco integrado de control interno, siempre tendrán limitaciones para proporcionar una seguridad absoluta con relación a los objetivos incluidos en su definición, por lo que es importante considerar las siguientes realidades:

Los controles internos pueden fallar a pesar de estar adecuadamente diseñados e implantados. También es posible que el personal comprenda en forma errada

las instrucciones. Otra manera de cometer errores es debido a la falta de interés, esmero, fatiga o concentración en las actividades ejecutadas.

Las personas hacen funcionar el marco integrado de control interno y, éste no puede ser más eficaz que ellas. Incluyendo a las entidades que tienen un ambiente de control y de trabajo sobresalientes, con elevados niveles de integridad y de sensibilidad y apoyo a los controles. Siempre existe la posibilidad que el directivo eluda o trate de pasar por alto los criterios de control interno instalados.

La colusión de dos o más personas provoca fallos en el marco integrado de control interno. El caso se refiere a las personas que actúan en forma colectiva para cometer y encubrir un acto, distorsionar los datos financieros y otra información de gestión que puedan alterarse de modo que no sea identificable por el marco integrado de control interno.

Se debe considerar tanto el riesgo de fracaso como el posible efecto positivo en la empresa, junto a los costos de implantación de los nuevos procedimientos de control. La relación costo beneficio se vuelve más compleja cuando existen relaciones entre los controles y las actividades. En el caso de los controles integrados o incorporados en los procesos de gestión y del negocio, es difícil aislar los costos y los beneficios correspondientes. Un control excesivo resulta costoso, contraproducente y poco aplicable.

A pesar de las dificultades, se podrá tomar decisiones basadas en la relación costo beneficio, como es el caso de disponer o no de la función de auditoría interna en las empresas que cumplen determinados indicadores básicos.

Los controles suaves relacionados con el marco integrado de control interno son las actividades y tareas ejecutadas en el proceso o trámite de una o varias operaciones, que no están formalizadas por escrito, pero aseguran el funcionamiento eficiente y eficaz del sistema. Generalmente, son prácticas que

permiten el conocimiento, la difusión, la aplicación y la participación en las actividades de la empresa.

Un control suave que llega a ser incluido en el diseño del marco integrado de control interno, a más de su definición formal en los documentos promulgados, está constituido por su difusión entre los usuarios directos que impulsan su aplicación al momento de participar en la ejecución de las operaciones.

Cada unidad administrativa de una empresa puede definir varios criterios para que los controles suaves se vayan incorporando al marco integrado de control interno. También se considera como un control suave a los criterios técnicos utilizados como referencia para la ejecución efectiva de las operaciones, a manera de un benchmarking al interior de la organización.

4.6. Responsabilidad por el diseño y aplicación del control interno para Latinoamérica (MICIL).

Todo el personal de una organización tiene responsabilidades que cumplir, con relación al diseño y la implantación del MICIL.

La dirección superior, iniciando con el presidente o director general, tiene la responsabilidad principal sobre el diseño, la implantación y el mantenimiento del control interno de la institución; por tanto, debe ocuparse de que funcione en forma adecuada.

Los gerentes intermedios, relacionados con las operaciones, la administración y la gestión financiera, son puntos claves de control de la manera como la dirección superior ejerce sus funciones, principalmente al considerar que cada uno tiene la suficiente autoridad y responsabilidad para ejercer los controles internos en el ámbito de funciones de sus unidades.

El consejo de administración tiene la responsabilidad de definir las políticas relacionadas con las operaciones ejecutadas por la entidad, relacionadas con el diseño y funcionamiento del marco integrado de control interno.

Todo el personal de la organización dispone de autoridad y además es responsable de aplicar los controles internos diseñados e implantados, debiendo informar de manera formal al funcionario superior sobre las limitaciones que observe o tenga en la aplicación de los controles establecidos, señalando las causas que las motivaron.

4.7. Cómo aplicar y evaluar los controles suaves.

El diseño del MICIL debe considerar la aplicación e implantación de los criterios relacionados con su difusión, entrenamiento, actualización y discusión constante entre el personal encargado de los procesos de producción, y las actividades de apoyo, gestión y procesos financieros.

La elaboración de manuales de procedimientos y de formularios a utilizar en el procesamiento de las operaciones administrativas y de las transacciones financieras es un paso importante, que requiere de esfuerzos continuos e importantes.

El MICIL va más allá de manuales y disposiciones reglamentarias; el elemento fundamental es el personal, el capital humano debe participar profunda y activamente en el diseño del marco integrado de control interno utilizando sus conocimientos y experiencias para definir los aspectos más relevantes, tanto formales como informales.

Los controles suaves están constituidos por las acciones aplicadas con el apoyo del personal para la difusión, actualización, aplicación, generación de sugerencias para mejoras y otras formas de colaboración dirigidas a mejorar el logro de los objetivos institucionales, son mejor ubicados desde el punto de vista de la evaluación del MICIL cuando se indaga sobre el conocimiento, la aplicación y los resultados obtenidos de los “controles fuertes” establecidos por la organización.

La evaluación de los controles internos suaves es posible mediante la observación de las operaciones realizadas por la organización, ubicando las

prácticas que evidencian la existencia de los controles no formales que generan mayores niveles de producción o de calidad en el servicio, debido a la aplicación de prácticas relacionadas con el liderazgo, el trabajo en equipo, la ayuda mutua, el benchmarking, las reuniones para la auto capacitación, la auto evaluación del rendimiento, y otras no establecidas de manera formal.

Los controles internos suaves que generan niveles elevados de rendimiento para la organización deben ser compartidos con otras unidades administrativas y multiplicados al nivel de la entidad u organismo.

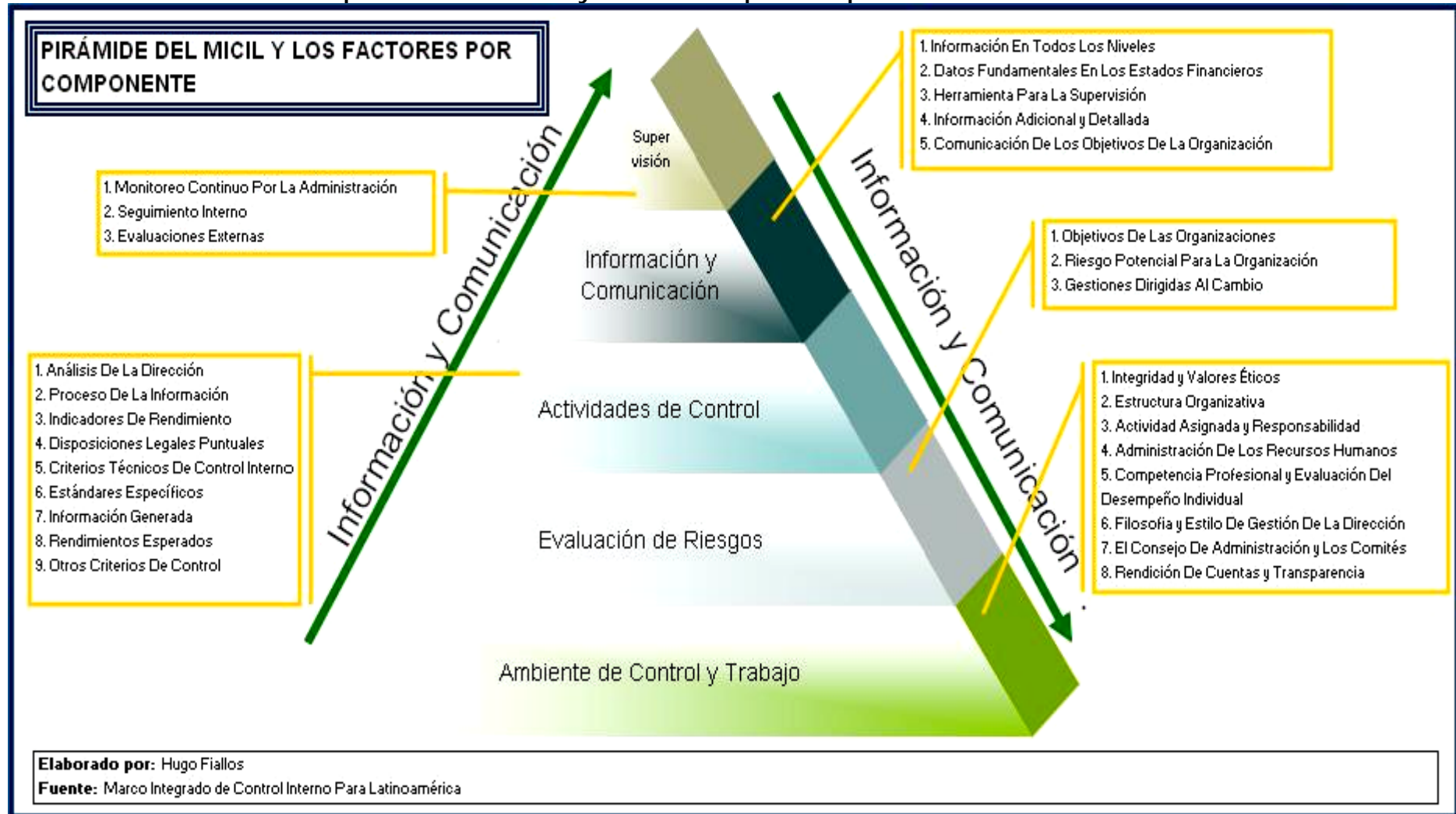
4.8. Gráfico de la pirámide de control interno para Latinoamérica (MICIL) y los factores por componentes.

En el Gráfico 19. Se puede observar pirámide del MICIL “Marco Integrado de Control Interno para Latinoamérica”, donde se muestra en forma resumida e ilustrativa los componentes de control interno y los factores que se encuentran inmersos dentro de cada uno de ellos.

Esta representación permite observar claramente el orden secuencial del proceso del MICIL; se empieza en el Ambiente de Control y Trabajo Institucional, es la base de la pirámide y donde se cimienta la estructura de control interno, pasa por la evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, hasta llegar a la cúspide de la pirámide que es la supervisión.

Se puede observar también que la información y comunicación fluye en dos sentidos a lo largo de la pirámide, este es un componente dinámico que va de abajo hacia arriba y viceversa.

GRÁFICO 19. Gráfico de la pirámide del MICIL y los factores por componentes.



4.9. Herramientas de evaluación.

Son instrumentos que sirven para estimar, calcular, apreciar o estimar el desempeño o calidad del control interno dentro de un área, departamento o segmento de la empresa.

4.9.1. Métodos de evaluación.

Es el camino o procedimiento hacia algo, implica hallar la verdad o la estrategia de desentrañar, descubrir y explicar la realidad, con un marcado fin, de ahí que tenga un sentido teleológico.

El método guarda un orden, una lógica o una estructura, usa multiplicidad de elementos, atendiendo a los mentales (razonamientos) y a los materiales (soportes). Los sistemas de control interno son herramientas para desarrollar las actividades administrativas y financieras de acuerdo a las necesidades y características de las operaciones.

Existen diversos métodos para evaluar el control interno, dentro de ellos se encuentran COSO en Estados Unidos, VIENOT - para Francia, COCO para CANADÁ, KING para Australia y CADBORY en el REINO UNIDO; en el cuadro 13. Se muestra un resumen de los principales métodos que se aplican en Latinoamérica con sus componentes o factores.

Es necesario diferenciar cada método de evaluación, puesto que con el pasar del tiempo existen mejoras que inducen a aplicar nuevas metodologías a ahondar en las técnicas usadas para la evaluación del Control Interno.

Es así que COSO Considera que el control interno debe ser un proceso integrado con el negocio que ayude a conseguir los resultados esperados en materia de rentabilidad y rendimiento, evaluando el control interno de manera generalizada o a nivel global dentro de una organización.

COSO ERM o COSO II, dice que el control interno es una parte integral de la Administración del riesgo empresarial y está abarcado dentro de éste, enfoca su evaluación a los riesgos empresariales tomando como referencia COSO. Es importante destacar que en este método se agregan dos componentes a evaluar, Fijación de objetivos e Identificación de eventos

MICIL, toma la base de COSO para su funcionamiento pero la diferencia principal entre estos dos métodos de evaluación de control interno es que COSO evalúa el control interno de manera global o generalizada mientras MICIL realiza la evaluación a través de actividades especializadas, ahondando más profundamente en la evaluación, permitiendo obtener resultados más realistas y oportunos para la toma de decisiones.

A continuación se muestra un resumen de los métodos de evaluación:

CUADRO 13. Resumen de los principales métodos para evaluar el control Interno.

<p>COSO Committee of Sponsoring Organizations - of the Treadway Commission</p>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Entorno o ambiente de control ★ Evaluación de riesgos ★ Actividades de control ★ Información y comunicación ★ Supervisión.
<p>COSO II (COSO ERM). Committee of Sponsoring Organizations – Enterprise Risk Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Ambiente Interno ★ Establecimiento de objetivos ★ Identificación de eventos ★ Evaluación de riesgos ★ Respuesta al riesgo ★ Actividades de control ★ Información y comunicación ★ Supervisión
<p>MICIL Marco Integrado de Control Interno para Latinoamérica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ★ Ambiente de Control y trabajo. ★ Evaluación de Riesgos ★ Actividades de Control para minimizar los riesgos ★ Información y Comunicación ★ Supervisión

Para el caso de Ecuador se ha diseñado el CORRE “Control de los recursos y los riesgos; Ecuador 2004”, que es mismo método MICIL adaptado al Ecuador.

✦ **DIAGRAMA DE ISHIKAWA.**

El diagrama de Ishikawa, o Diagrama Causa-Efecto, es una herramienta que ayuda a identificar, clasificar y poner de manifiesto posibles causas, tanto de problemas específicos como de características de calidad. Ilustra gráficamente las relaciones existentes entre un resultado dado (efectos) y los factores (causas) que influyen en ese resultado.

Permite que el grupo se concentre en el contenido del problema, no en la historia del problema ni en los distintos intereses personales de los integrantes del equipo.

Ayuda a determinar las causas principales de un problema, o las causas de las características de calidad, utilizando para ello un enfoque estructurado.

Estimula la participación de los miembros del grupo de trabajo, permitiendo así aprovechar mejor el conocimiento que cada uno de ellos tiene sobre el proceso.

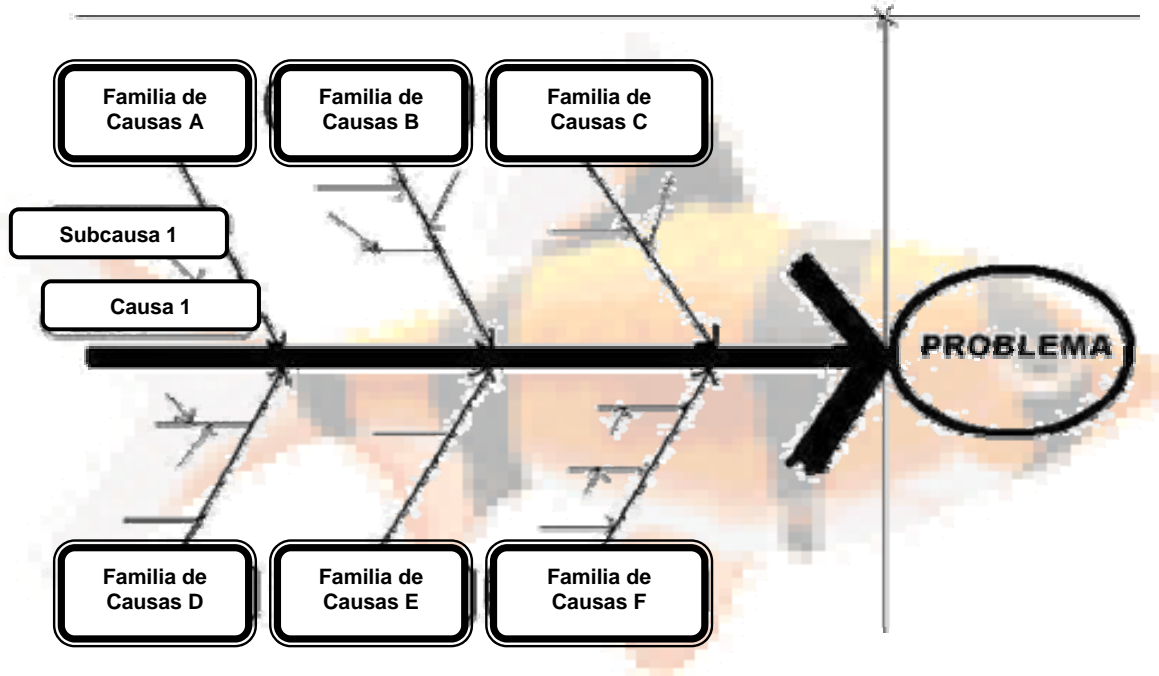
Incrementa el grado de conocimiento sobre un proceso.

Es muy útil para identificar las causas-raíz, o causas principales, de un problema o efecto, clasificar y relacionar las interacciones entre factores que están afectando al resultado de un proceso.

Un diagrama de Causa-Efecto es de por sí educativo, sirve para que la gente conozca a fondo el proceso con que trabaja, visualizando con claridad las relaciones entre los Efectos y sus Causas. Sirve también para ordenar las diferencias, al exponer con claridad los orígenes de un problema de calidad.

Y permite encontrar más rápidamente las causas asignables cuando el proceso se aparta de su funcionamiento habitual. Ejemplo:

GRÁFICO 20. Diagrama de Causa - Efecto.



Elaborado por: Hugo Fiallos

★ HOJA DE VERIFICACIÓN.

Una Hoja de Verificación (también llamada "de Control" o "de Chequeo") es un impreso con formato de tabla o diagrama, destinado a registrar y compilar datos mediante un método sencillo y sistemático, como la anotación de marcas asociadas a la ocurrencia de determinados sucesos. Esta técnica de recogida de datos se prepara de manera que su uso sea fácil e interfiera lo menos posible con la actividad de quien realiza el registro.

Supone un método que proporciona datos fáciles de comprender y que son obtenidos mediante un proceso simple y eficiente que puede ser aplicado a cualquier área de la organización, Las Hojas de Verificación reflejan rápidamente las tendencias y patrones subyacentes en los datos.

Son útiles en la mejora de la Calidad, tanto en el estudio de los síntomas de un problema, como en la investigación de las causas o en la recogida y análisis de datos para probar alguna hipótesis.

También se usa como punto de partida para la elaboración de otras herramientas, como por ejemplo los Gráficos de Control. Ejemplo:

GRÁFICO 21. Hoja de Verificación.

HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO	Identificación (I)	Análisis (A)	I & A
1. Análisis de causa - efecto			X
2. Hoja de verificación	X		
3. Gráfico de control		X	
4. Diagrama de flujo			X
5. Histograma		X	
6. Análisis de Pareto	X		
7. Diagrama de correlación		X	

Elaborado por: Hugo Fiallos

★ **HISTOGRAMAS.**

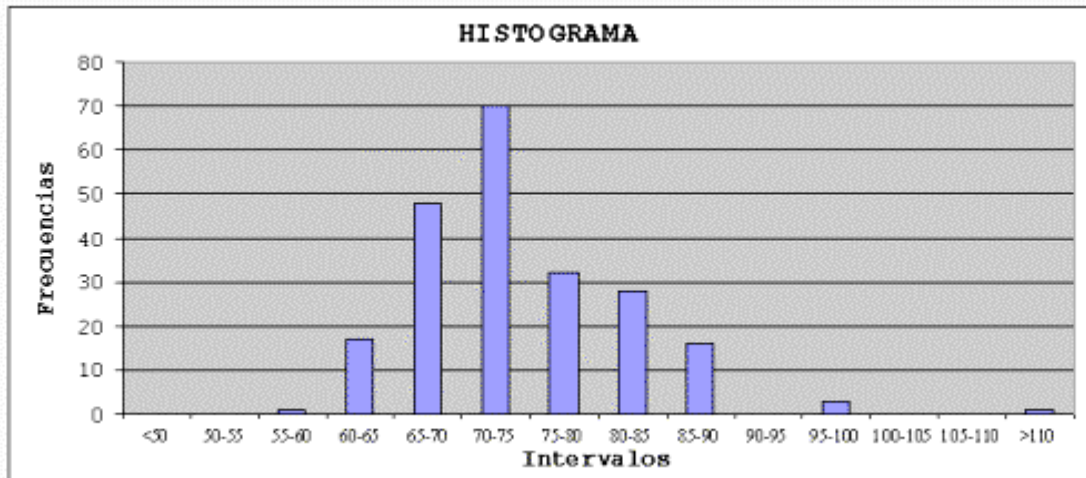
Un histograma es un gráfico de barras verticales que representa la distribución de un conjunto de datos.

Su construcción ayudará a comprender la tendencia central, dispersión y frecuencias relativas de los distintos valores. Muestra grandes cantidades de datos dando una visión clara y sencilla de su distribución.

El Histograma es especialmente útil cuando se tiene un amplio número de datos que es preciso organizar, para analizar más detalladamente o tomar decisiones sobre la base de ellos.

Es un medio eficaz para transmitir a otras personas información sobre un proceso de forma precisa e inteligible. Ejemplo:

GRÁFICO 22. Histogramas.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

★ **DIAGRAMA DE PARETO.**

El Diagrama de Pareto constituye un sencillo y gráfico método de análisis que permite discriminar entre las causas más importantes de un problema (pocas y vitales) y las que lo son menos (muchas y triviales).

Ayuda a concentrarse en las causas que tendrán mayor impacto en caso de ser resueltas.

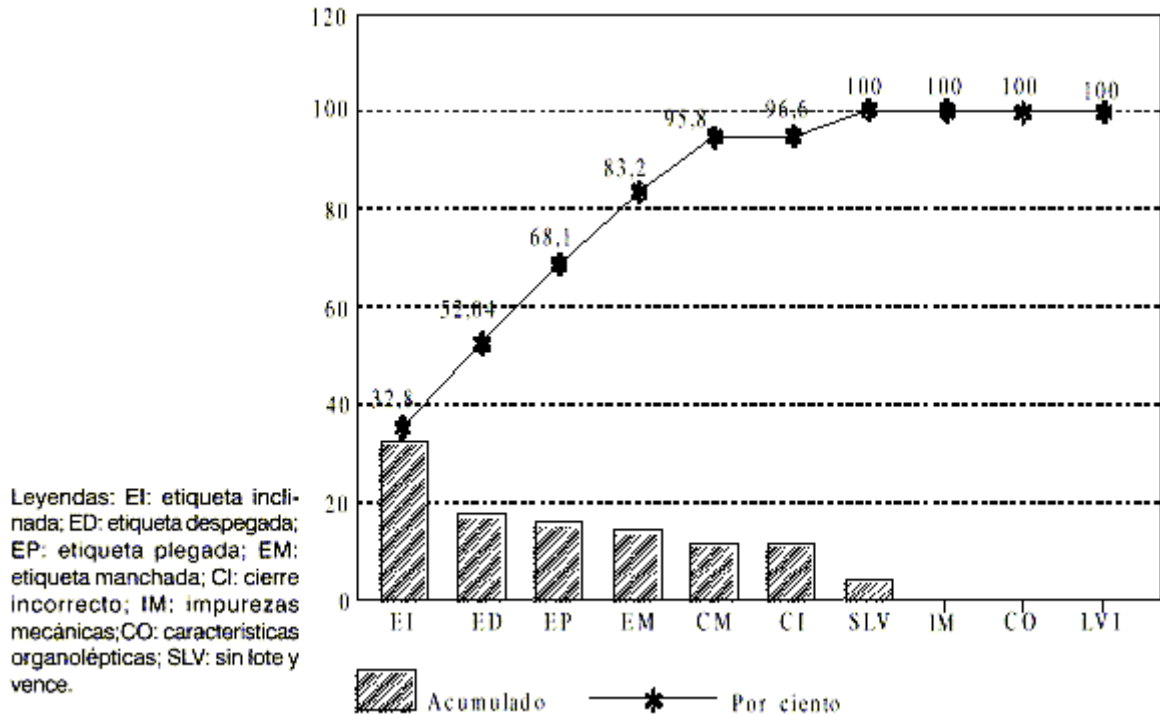
Proporciona una visión simple y rápida de la importancia relativa de los problemas.

Su formato altamente visible proporciona un incentivo para seguir luchando por más mejoras.

Es útil para determinar cuál es la causa clave de un problema, separándola de otras presentes pero menos importantes, también para contrastar la efectividad de las mejoras obtenidas, comparando sucesivos diagramas obtenidos en momentos diferentes; pueden ser asimismo utilizados tanto para investigar efectos como causas.

Permiten comunicar fácilmente a otros miembros de la organización las conclusiones sobre causas, efectos y costes de los errores. Ejemplo:

GRÁFICO 23. Diagrama de Pareto.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

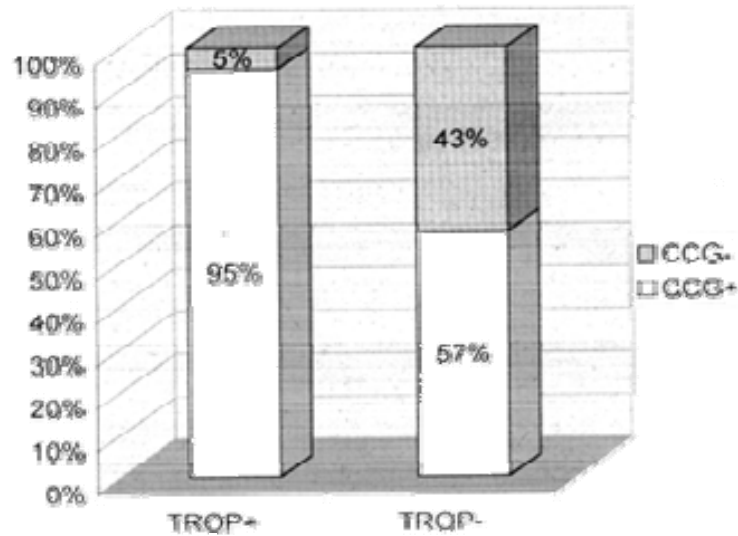
★ ESTRATIFICACIÓN.

Es un método consistente en clasificar los datos disponibles por grupos con similares características. A cada grupo se le denomina estrato.

Los estratos a definir lo serán en función de la situación particular de que se trate, pudiendo establecerse estratificaciones atendiendo a personal, materiales, maquinaria y equipo, áreas de gestión, tiempo, entorno, localización geográfica, entre otros.

Permite aislar la causa de un problema, identificando el grado de influencia de ciertos factores en el resultado de un proceso. Ejemplo:

GRÁFICO 24. Estratificación.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

★ GRÁFICOS DE CONTROL.

Un gráfico de control es una herramienta estadística utilizada para evaluar la estabilidad de un proceso. Permite distinguir entre las causas de variación. Todo proceso tendrá variaciones, pudiendo éstas agruparse en:

Causas aleatorias de variación. Son causas desconocidas y con poca significación, debidas al azar y presentes en todo proceso.

Causas específicas (imputables o asignables). Normalmente no deben estar presentes en el proceso. Provocan variaciones significativas.

Las causas aleatorias son de difícil identificación y eliminación. Las causas específicas sí pueden ser descubiertas y eliminadas, para alcanzar el objetivo de estabilizar el proceso.

Los gráficos de control fueron ideados por Shewhart durante el desarrollo del control estadístico de la calidad; existen diferentes tipos de gráficos de control:

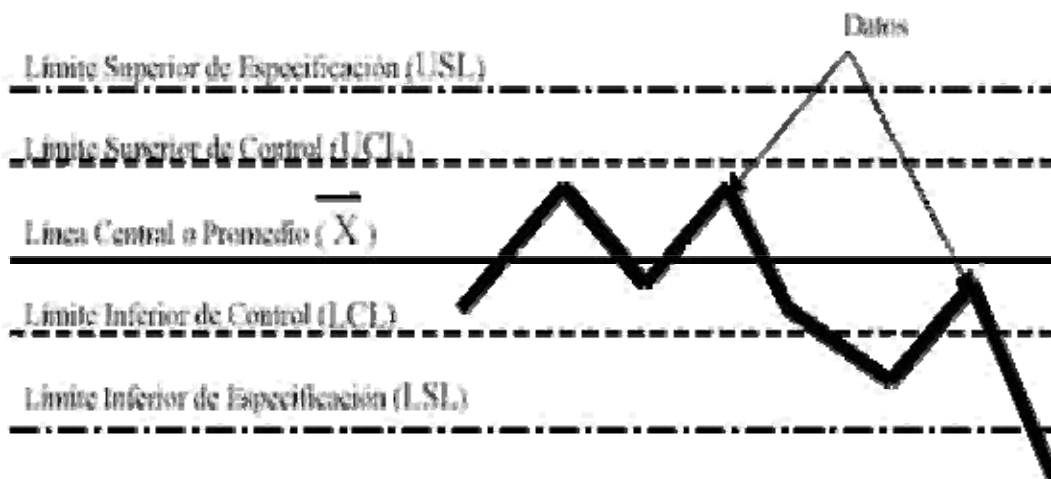
De datos por variables. Que a su vez pueden ser de media y rango, mediana y rango, y valores medidos individuales.

De datos por atributos. Del estilo aceptable / inaceptable, sí / no,...

Los gráficos de control son útiles para vigilar la variación de un proceso en el tiempo, probar la efectividad de las acciones de mejora emprendidas, así como para estimar la capacidad del proceso.

Ayudan a la mejora de procesos, de forma que se comporten de manera uniforme y previsible para una mayor calidad, menores costes y mayor eficacia. Proporcionan un lenguaje común para el análisis del rendimiento del proceso. Ejemplo:

GRÁFICO 25. Gráfico de control.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

★ TORMENTA DE IDEAS.

El Brainstorming (tormenta o lluvia de ideas) es una herramienta utilizada para posibilitar la generación de un elevado número de ideas, por parte de un grupo, y la presentación ordenada de éstas.

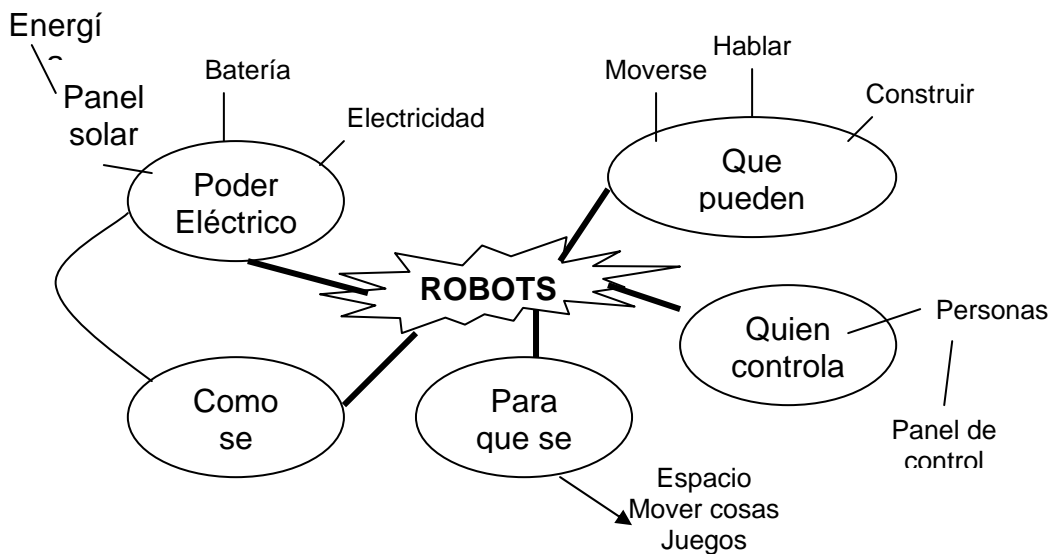
La tormenta, o lluvia, de ideas posee una serie de características que la hacen muy útil cuando se pretende obtener un amplio número de ideas sobre las posibles causas de un problema, acciones a tomar, o cualquier otra cuestión.

Estimula la creatividad. Ayudando a romper con ideas antiguas o estereotipadas.

Produce un amplio número de ideas. A los componentes del grupo se les anima a expresar las ideas que vienen a su mente sin ningún prejuicio ni crítica.

Permite la implicación de todos los miembros del equipo. Se construye un entorno que hace posible la participación de todos. Ejemplo:

GRÁFICO 26. Lluvia de ideas.



Elaborado por: Hugo Fiallos

★ TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL (TGN).

La TGN es una técnica creativa empleada para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. Este análisis se lleva a cabo de un modo

altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas.

Reduce la probabilidad de aparición de conflictos, permite la proliferación de un buen número de ideas. Éstas son formuladas sintéticamente. Se consideran las posiciones minoritarias. Todos los componentes del grupo participan garantizando el éxito de las ideas.

Permite precisar todas las ponencias del grupo, equilibrando la participación.

Permite al equipo llegar rápidamente a un consenso.

★ **MULTIVOTACIÓN.**

En ocasiones se cuenta con una lista de ideas, o de datos verbales en general, bastante numerosa que es preciso reducir para centrar los esfuerzos en unos pocos, los que sean considerados por los miembros del equipo como los más importantes. En estos casos puede ser de ayuda la votación múltiple, que podemos definir como un sistema estructurado de series de votación: la multivotación (o votación múltiple).

Permite a un equipo llegar rápidamente a un consenso con relación a la importancia relativa de los asuntos, problemas o soluciones completando clasificaciones de importancia individuales en las prioridades finales de un equipo; sirve de complemento a otras técnicas, como la Tormenta de Ideas o la Técnica de Grupo Nominal.

Crea compromiso con la opción del equipo a través de la igual participación en el proceso.

★ DIAGRAMA DE AFINIDAD.

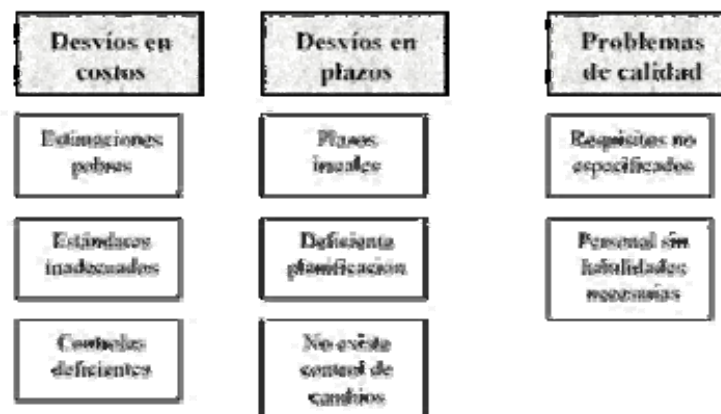
El Diagrama de Afinidad, referido a veces como método KJ, es una herramienta que sintetiza un conjunto de datos verbales (ideas, opiniones, temas, expresiones,...) agrupándolos en función de la relación que tienen entre sí. Se basa, por tanto, en el principio de que muchos de estos datos verbales son afines por lo que pueden reunirse bajo unas pocas ideas generales.

Es considerado como una clase especial de "tormenta de ideas", constituyendo, frecuentemente, esta técnica de creatividad el punto de partida para la elaboración del diagrama.

Derriba barreras de comunicación y promueve conexiones no tradicionales entre ideas / asuntos. Promueve la creatividad de todos los integrantes de todos los integrantes del equipo de trabajo en todas las fases del proceso.

Ejemplo:

GRÁFICO 27. Diagrama de afinidad.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

★ DIAGRAMA DE ÁRBOL.

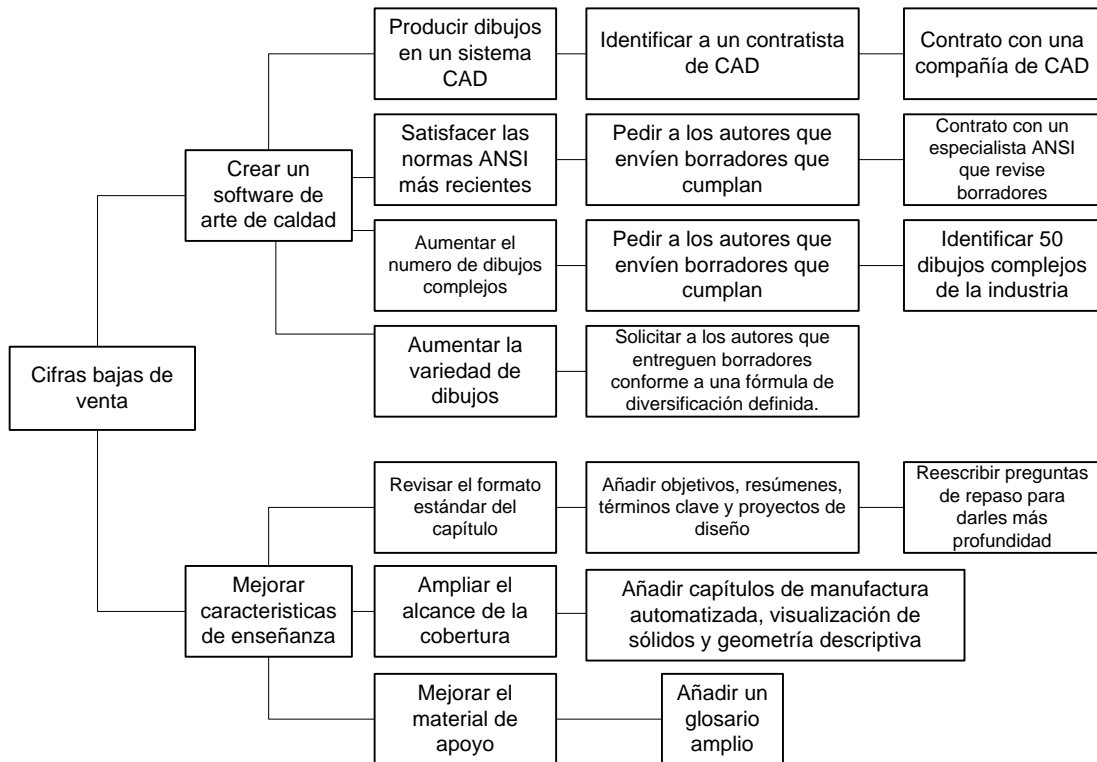
El Diagrama de Árbol, o sistemático, es una técnica que permite obtener una visión de conjunto de los medios necesarios para alcanzar una meta o resolver un problema, partiendo de una información general, como la meta a

alcanzar, se incrementa gradualmente el grado de detalle sobre los medios necesarios para su consecución; este mayor detalle se representa mediante una estructura en la que se comienza con una meta general (el "tronco") y se continúa con la identificación de niveles de acción más precisos (las sucesivas "ramas").

Las ramas del primer nivel constituyen medios para alcanzar la meta pero, a su vez, estos medios también son metas, objetivos intermedios, que se alcanzarán gracias a los medios de las ramas del nivel siguiente. Así repetidamente hasta llegar a un grado de concreción suficiente sobre los medios a emplear.

Permite mantener a todo el equipo vinculado a las metas y submetas generales de una tarea. Mueve al equipo de planificación de la teoría al mundo real. Ejemplo:

GRÁFICO 28. Diagrama de árbol.



Elaborado por: www.Wikipedia.com

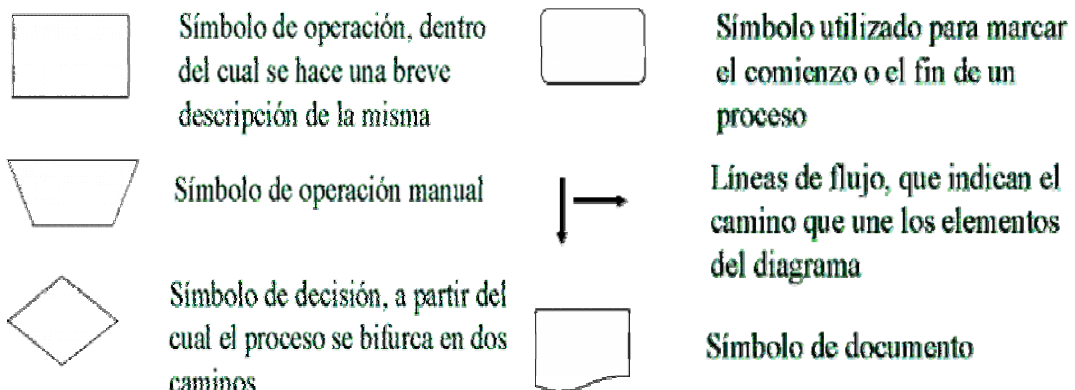
★ DIAGRAMA DE FLUJO.

Es un diagrama que utiliza símbolos gráficos para representar el flujo y las fases de un proceso. Facilita la comprensión del proceso. Al mismo tiempo, promueve el acuerdo, entre los miembros del equipo, sobre la naturaleza y desarrollo del proceso analizado, supone una herramienta fundamental para obtener mejoras mediante el rediseño del proceso, o el diseño de uno alternativo.

Identifica problemas, oportunidades de mejora y puntos de ruptura del proceso.

Pone de manifiesto las relaciones proveedor - cliente, sean éstos internos o externos.

Los símbolos gráficos para dibujar un diagrama de flujo están más o menos normalizados o estandarizados; Existen otros símbolos que se pueden utilizar. Lo importante es que su significado se entienda claramente a primera vista; los principales símbolos que se usan son:



★ **DIAGRAMAS DE PROCESO.**

Representaciones gráficas de los procesos inmersos en el HCAM – Servicio médico de Hematología áreas de Banco de sangre, Hospitalización y urgencias.

Se pueden observar las figuras a usar en los Diagramas de Proceso, y las marcas de Auditoría que indican la existencia de una deficiencia en los procesos. Ver.

ANEXO 5. Formas y Marcas de Auditoría para Diagramas de Proceso.

★ **CUESTIONARIOS.**

Son documentos orientados a obtener información a través de preguntas enfocadas hacia el tema de investigación, este documento se aplicará a las personas relacionadas directamente con el HCAM – servicio médico de Hematología en las áreas de Banco de sangre, hospitalización y consulta externa.

★ **ENTREVISTAS.**

Esta técnica permite obtener información directamente de las personas, y ayuda a entender los procesos y el funcionamiento tanto de la institución como de los procesos dentro de las áreas de estudio.

★ **TABLAS.**

Son cuadros .de resumen que permiten exponer de forma agrupada la información; pueden usarse para representaciones conceptuales y cuantitativas.

★ **ENCUESTAS.**

Es un censo en pequeña escala con un propósito específico, tienen por objetivo obtener información definida, y los datos que se necesitan para un buen análisis.

4.9.2. Técnicas de evaluación.

Es la manera de lograr eficientemente la evaluación del Control interno, existe diferentes técnicas de evaluación y estas son:

VERIFICACIÓN OCULAR.

Comparación.

Consiste en observar la semejanza o diferencia entre dos o mas elementos. Dentro de la fase de ejecución de la auditoría se efectúa la comparación de resultados, contra criterios aceptables, facilitando de esa forma la evaluación por el auditor y la elaboración de observaciones, conclusiones y recomendaciones.

Observación.

Es el examen ocular realizado para cerciorarse como se ejecutan las operaciones. Esta técnica es de utilidad en todas las fases de la auditoría, por cuyo intermedio el auditor se cerciorar de ciertos hechos y

circunstancias, en especial, las relacionadas con la forma de ejecución de las operaciones, apreciando personalmente, de manera abierta o discreta, como el personal de la entidad ejecuta las operaciones.

Indagación.

Es el acto de obtener información verbal sobre un asunto mediante averiguaciones directas o conversaciones con los funcionarios responsables de la entidad. La respuesta a una pregunta formulada por el auditor, comprende una porción insignificante de elementos de juicio en los que puede confiarse, pero las respuestas a muchas preguntas que se relacionan entre sí, pueden suministrar un elemento de juicio satisfactorio, si todas son razonables y consistentes. Es de especial utilidad la indagación en la auditoría de gestión, cuando se examinan áreas específicas no documentadas; sin embargo, sus resultados por sí solos no constituyen evidencia suficiente y competente.

VERIFICACIÓN VERBAL U ORAL.

Evidencia testimonial.

Es la información obtenida de terceros a través de cartas o declaraciones recibidas en respuesta a indagaciones o mediante entrevistas.

VERIFICACIÓN ESCRITA.

Se obtiene al analizar o verificar la información. Esta evidencia proporciona una base de respaldo para una inferencia respecto a la razonabilidad de una partida específica de un estado financiero.

Análisis.

Consiste en la separación y evaluación crítica, objetiva y minuciosa de los elementos o partes que conforman una operación, actividad, transacción o proceso, con el fin de establecer su naturaleza, su relación y conformidad con los criterios normativos y técnicos existentes. Los procedimientos de análisis están referidos a la comparación de cantidades, porcentajes y otros.

Confirmación.

Es la técnica que permite comprobar la autenticidad de los registros y documentos analizados, a través de información directa y por escrito, otorgada por funcionarios que participan o realizan las operaciones (confirmación interna), por lo que están en disposición de opinar e informar en forma válida y veraz sobre ellas. Otra forma de confirmación, es la denominada confirmación externa, la cual se presenta cuando se solicita a un terceros, información de interés que sólo el puede suministrar.

Tabulación.

Consiste en agrupar los resultados obtenidos en áreas, segmentos o elementos examinados, de manera que se facilite la elaboración de conclusiones.

Conciliación.

Implica hacer que concuerden dos conjuntos de datos relacionados, separados e independientes. Consiste en analizar la información producida por diferentes unidades operativas o entidades, respecto de una misma operación o actividad, con el objeto de establecer su concordancia entre si y, a la vez, determinar la validez y veracidad de los informes, registros y resultados que están siendo examinados.

VERIFICACIÓN DOCUMENTAL.

Es la información obtenida de la entidad evaluada e incluye, manuales, facturas, contratos, acuerdos de Directorio. La confiabilidad del documento depende de la forma como fue creado y su propia naturaleza. La forma más común de evidencia consiste en clasificar los documentos en: externos: aquellos que se originan fuera de la entidad; e internos: aquellos que se originan dentro de la entidad.

Comprobación.

Técnica que se aplica con el objeto de verificar la existencia, legalidad, autenticidad y legitimidad de las operaciones efectuadas por una entidad, mediante la verificación de los documentos que las justifican.

Computación.

Es la técnica que se utiliza para verificar la exactitud y corrección aritmética de una operación o resultado. Prueba solamente la exactitud de un cálculo, se requiere de otras pruebas adicionales para establecer la validez de las cifras incluidas en una operación.

Rastreo.

Es utilizada para dar seguimiento y controlar una operación de manera progresiva, de un punto a otro de un proceso interno determinado o, de un proceso a otro realizado por una unidad operativa dada. Al efectuar la comprensión de la estructura de control interno, se seleccionan determinadas operaciones relativas a cada partida o grupo, para darles seguimiento, desde el inicio hasta el final dentro de sus procesos normales de ejecución, para con esto asegurarse de su regularidad y corrección. Puede clasificarse en dos grupos:

a) Rastreo progresivo, que parte de la autorización para efectuar una operación hasta la culminación total o parcial de ésta.

b) Rastreo regresivo, inverso al anterior, se parte de los resultados de las operaciones para llegar a la autorización inicial.

Revisión selectiva.

Examen ocular rápido de una parte de los datos o partidas que conforman un universo homogéneo en ciertas áreas, actividades o documentos elaborados, con fines de separar mentalmente asuntos que no son normales, dado el alto costo que representaría llevar a cabo una revisión amplia o, que por otras circunstancias, no es posible efectuar una análisis profundo.

VERIFICACIÓN FÍSICA.

Esta forma de evidencia es utilizada en la verificación de saldos de activos tangibles y se obtiene a través de un examen físico de los recursos; sin embargo, tal evidencia no establece la propiedad o valuación del activo.

Inspección.

Es el examen físico y ocular de activos, obras, documentos y valores, con el objeto de establecer su existencia y autenticidad. Generalmente, se la calificarla como una técnica combinada, dado que en su aplicación utiliza la indagación, observación, comparación, rastreo, tabulación y comprobación.

CAPÍTULO V.

5. CASO PRÁCTICO, DISEÑO DE CONTROL INTERNO POR EL MÉTODO MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA (MICIL).

En este capítulo se encuentra el desarrollo y aplicación del Marco integrado de control Interno para Latinoamérica “MICIL”, en Hospital Carlos Andrade Marín, Servicio Médico de Hematología en las áreas del Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa.

5.1. *Hematología Banco de Sangre.*

5.1.1. Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.

El área del Banco de Sangre del Servicio Médico de Hematología del HCAM es una de las de mayor importancia y preocupación para la administración del Hospital; por lo que; corregir las debilidades que se presentan dentro del área servirá para alcanzar el logro de los objetivos. A continuación se detallan las principales falencias:

- ★ Equipos obsoletos, tecnología caduca. Provocan ineficiencia en los procesos médicos internos dentro del Banco de Sangre, y no permiten el tratamiento adecuado de los datos como base esencial para la elaboración de informes que contienen información base para la toma de decisiones.
- ★ Perfil médico profesional en decadencia a causa de capacitación discontinua y desmotivación por sobrecarga de trabajo, son causantes de atención médica de mala calidad, y desactualización de conocimientos técnicos – científicos que promuevan la eficiencia, eficacia, calidad e integridad en el desarrollo de los procesos internos.
- ★ Procesos manuales y actividades de registro repetitivas, generan sub utilización del recurso tiempo y retrasos administrativos comunes en entidades públicas.

- ✧ El proceso de etiquetación no está correctamente definido y estructurado, lo que ha provocado que los datos de la etiqueta de los productos sanguíneos, no tengan la información necesaria para la recopilar información del destino de los productos sanguíneos y elaborar estadísticas que ayuden a tomar decisiones y a proveer soluciones.

5.1.2. Naturaleza y funciones.

El Banco de Sangre cumple la misión de administrar la sangre y sus componentes, la calidad de la misma y el correcto almacenamiento y despacho. Del correcto manejo de los productos sanguíneos y las unidades de sangre depende satisfacer las demandas de los servicios médicos en el HCAM.

Las funciones del Banco de Sangre dentro de la Institución Hospitalaria permiten:

- ✧ Proporcionar información confiable sobre los productos sanguíneos, a través de las pruebas serológicas e inmunohematológicas y sus resultados.
- ✧ Respalda el correcto manejo de la sangre dentro del HCAM.
- ✧ Permite evaluar y controlar las fuentes de sangre para la producción de hemocomponentes.
- ✧ Realizar los procedimientos de feresis y aféresis, así como los tratamientos clínicos, útiles para el tratamiento de enfermedades hematológicas que afectan gravemente la salud de los pacientes.

5.1.3. Características.

El Banco de Sangre, es una de las áreas consideradas como críticas dentro del Hospital, debido a su función de obtener y producir componentes sanguíneos que son la base fundamental para muchos de los procedimientos médicos que se realizan en las diferentes especialidades y servicios médicos en el HCAM.

Los atributos principales del área de Hematología Banco de Sangre son:

Funciones especiales.

Mediante el Banco de Sangre se obtienen los productos sanguíneos que generan; stock de unidades de sangre y productos sanguíneos para el uso y manejo dentro del HCAM, estadísticas del tipo de personas más aptas para la donación, información sobre enfermedades de la sangre más comunes, y reportes de calidad que se envían a la Cruz Roja Ecuatoriana para el control y evaluación de los procesos dentro del área. También se realizan pruebas de laboratorio a fin de obtener los resultados del análisis de la sangre y elaborar informes del análisis.

Asientos contables.

Son anotaciones que se realizan en los libros de cuentas para registrar una transacción.

La información generada en el Banco de Sangre, permite registrar el monto de ingresos que se perciben a través del uso y administración de unidades de sangre y hemocomponentes en los pacientes. Dentro del área no se manejan asientos ni registro de transacciones; se envían reportes de la producción y demanda de hemocomponentes solicitados de los servicios médicos al Banco de Sangre, al departamento financiero contable, encargado del registro y cobro de los procedimientos médicos y los productos del Banco de Sangre.

Documentos y formas.

Son una entidad física, simple o compuesta, idónea para recibir, conservar y transmitir la representación descriptiva, de una determinada realidad. Sirven para respaldar las actividades realizadas y pueden ser en medios físicos o magnéticos.

En el Banco de Sangre son de manejo diario, de registro manual. Los principales documentos y formas del área son:

Formas:

- ★ Hojas de registro de donantes.

Documentos:

- ★ Libro de atención a donantes y pacientes.
- ★ Libro de los productos sanguíneos generados dentro del área.
- ★ Libro de registro de pruebas serológicas e inmunohematológicas.

Bases de datos.

Generalmente son conjuntos de datos organizados que se almacenan en unidades de disco de gran capacidad, de manera ordenada y que pueden aparecer en forma de texto, gráfico, sonido o video.

Dentro del Banco de Sangre, actualmente no se maneja una base de datos que permita mantener y actualizar constantemente la información generada dentro del área.

Enlaces con otras áreas.

Son las conexiones que tiene el área, con otros departamentos o dependencias dentro de la institución.

El Banco de Sangre del Servicio Médico de Hematología tiene conexiones con las áreas de Hospitalización y Consulta Externa tanto del Servicio Médico de

Hematología como la totalidad de servicios médicos del HCAM; dichas relaciones se deben a la necesidad de las unidades de sangre y hemocomponentes que demandan para el uso en los pacientes.

5.1.4. Objetivos del control interno administrativo.

Los objetivos de control interno administrativo dentro del área del Banco de Sangre son:

Autorización.

Todos los documentos, procesos y trámites se autorizan por medio de la aprobación del Jefe del Servicio Médico de Hematología, responsable de firmar todo documento de la gestión que se realiza dentro del área, asumiendo la responsabilidad de establecer las políticas y manuales para el desenvolvimiento del Banco de Sangre, así como del cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

Procesamiento de transacciones.

La información manejada dentro del área, se procesa de acuerdo a los requerimientos de los pacientes, donantes, y la demanda de unidades de sangre y productos sanguíneos que solicitan los servicios médicos del HCAM.

Clasificación.

Mediante los libros de registro de la atención y pruebas que se realizan dentro del Banco de Sangre, se clasifica la información por tipo de donantes, edades, números de pruebas y procedimientos, lo que ayuda a elaborar los informes estadísticos del área.

Verificación y evaluación.

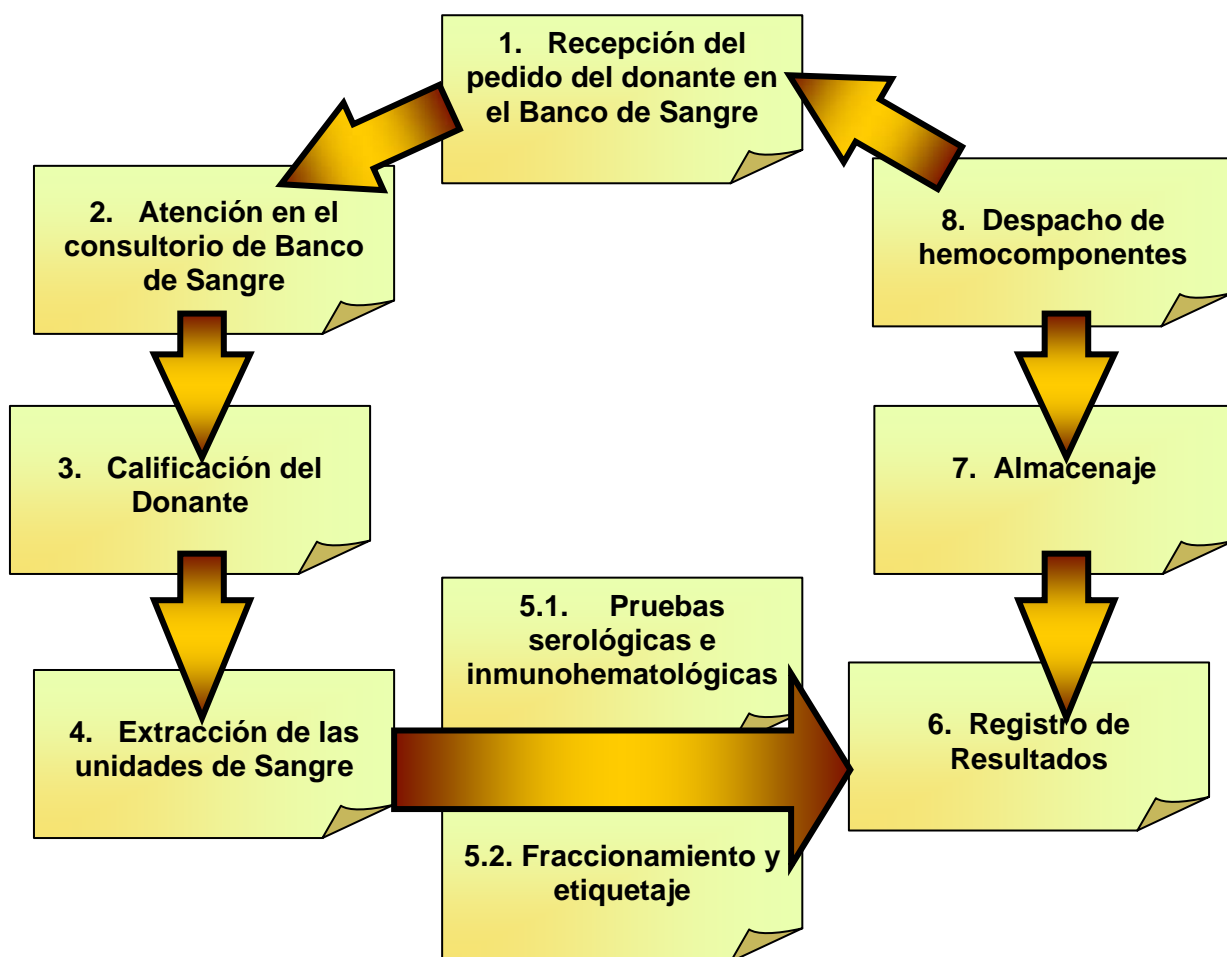
Todo documento que se maneja dentro del área de Banco de Sangre debe ser revisado y aprobado por el Jefe del servicio de Hematología, quien verifica su correcta elaboración y el cumplimiento de las disposiciones legales establecidas, controlando y supervisando las operaciones. Elaborando y aprobando informes estadísticos que serán enviados a la Cruz Roja, y a la gerencia de Hospitalización y Ambulatorio.

Protección física.

Los archivos físicos de la documentación que soporta las acciones realizadas en el Banco de Sangre, se guardan en archivadores debidamente organizados con carpetas que se encuentran bajo la responsabilidad de la secretaria del Servicio Médico quien guarda bajo llave la información de soporte.

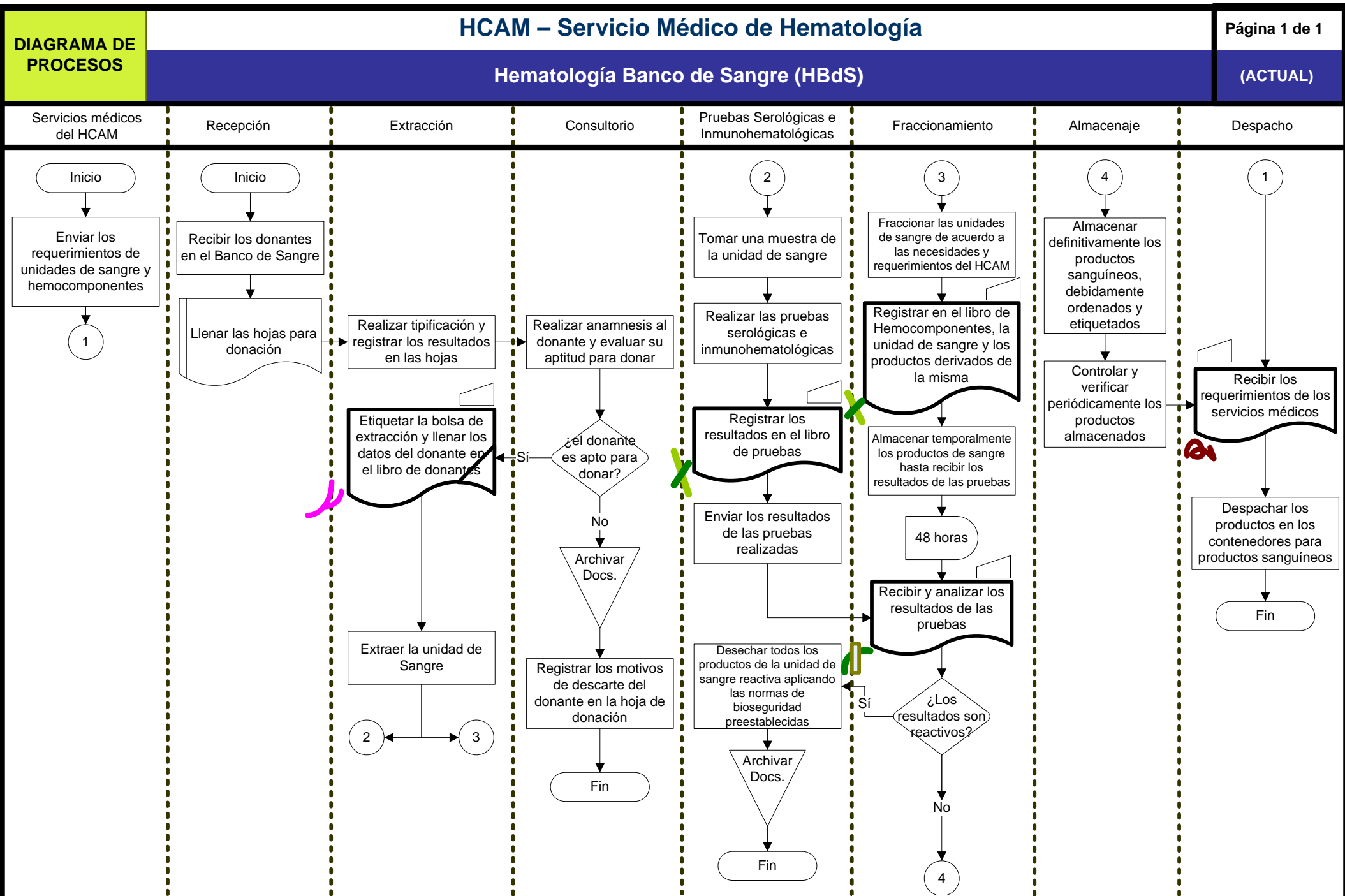
5.1.5. Ciclo del Departamento de Hematología Banco de Sangre.

GRÁFICO 29. Ciclo de Hematología Banco de Sangre.



Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Banco de Sangre

5.1.6. Diagrama de procesos (actual) – Hematología Banco de Sangre.



Marcas de Auditoría



Falta la identificación correcta de las bolsas



Repetición de proceso manual de registro, falta modernización



Proceso manual que requiere de una persona que transporte los documentos



Resultados de las pruebas en documentos elaborados manualmente

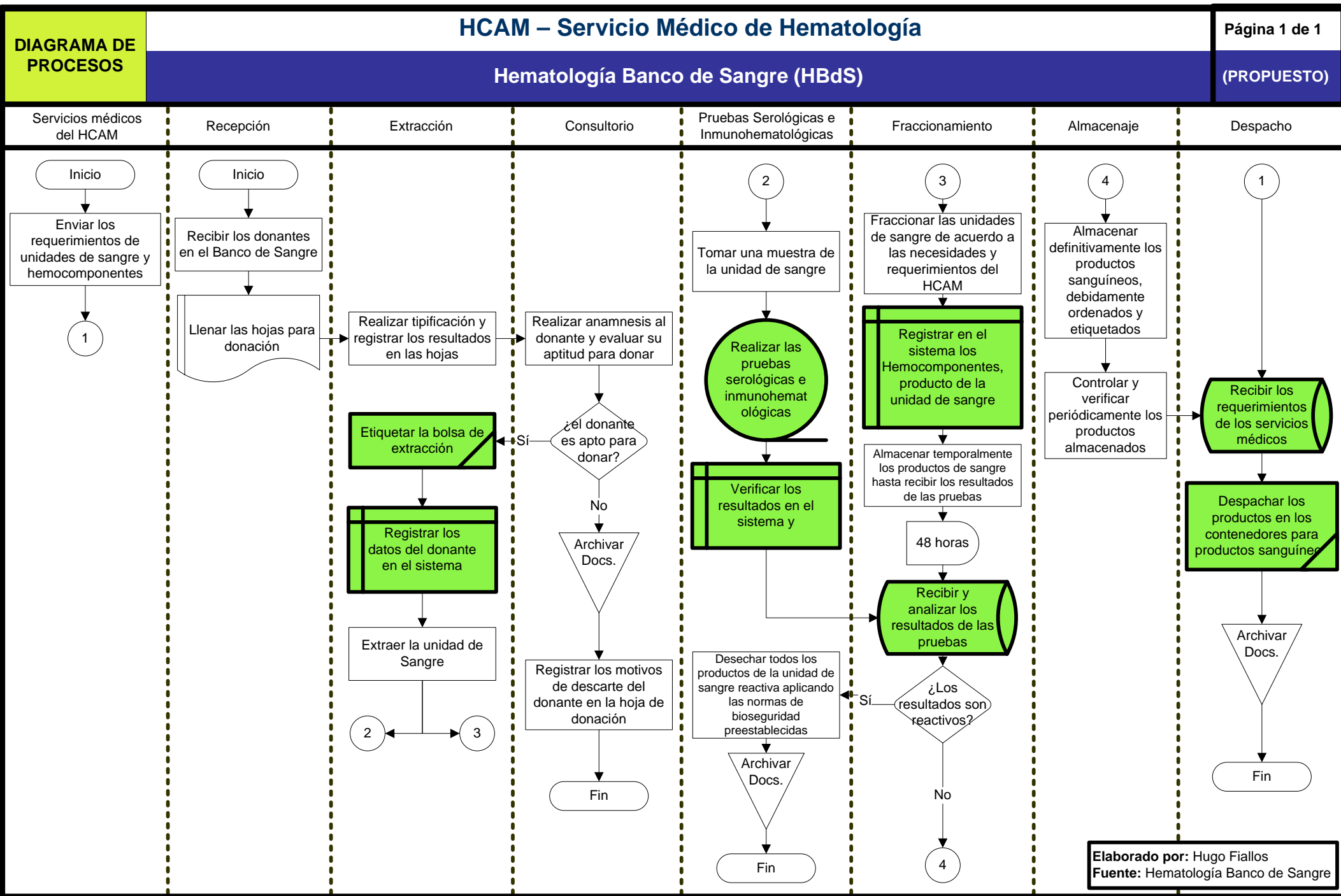
Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Banco de Sangre

5.1.7. Debilidades detectadas.

Luego de haber revisado el diagrama de proceso de Hematología Banco de Sangre, se ha detectado las siguientes debilidades:

- ✦ El proceso de etiquetación de los hemocomponente es incompleto. La etiqueta no contiene información que facilite el seguimiento “Trazabilidad del producto” de los hemocomponentes, lo que dificulta el control de los mismos.
- ✦ La actividad de registro de los resultados de las pruebas realizadas, produce un proceso repetitivo dificultando el proceso eficiente de la información.
- ✦ No cuentan con un registro automatizado de la información de los procesos y productos en el Banco de Sangre, ocasionando que el recurso tiempo se desperdicie.
- ✦ No cuentan con seguridad para el respaldo de la información de los donantes y pacientes que se encuentra registrada en las etiquetas de los productos sanguíneos; transportado por el personal encargado. Causando un riesgo en el manejo de la información confidencial.
- ✦ No cuentan con un kardex actualizado donde se registre los productos de la sangre, lo cuál dificulta la verificación de los mismos y, la confiabilidad de la información.
- ✦ Inexistencia de un software que permita automatizar los procesos de registro y archivo de donantes en el Banco de Sangre, lo que no permite contar con una base de datos sin información oportuna y confiable.

5.1.8. Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Banco de Sangre.



Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Banco de Sangre

5.1.9. Propuesta del sistema de control interno.

La principal función y utilidad del diseño de un sistema de control interno para el área del Banco de Sangre nos permitirá analizar las actividades y procesos del área de manera especializada; permitiendo obtener resultados que ayuden al cumplimiento de recomendaciones para el logro de los objetivos institucionales.

La propuesta del sistema de control interno ayudará al área del Banco de Sangre a tomar las decisiones más óptimas para la obtención de calidad y eficiencia de los procesos y actividades que realiza.

Componentes del sistema de control interno.

El Sistema de Control interno se encuentra conformado por los siguientes Componentes.

5.1.9.1. Ambiente de control.

Integridad y valores éticos.

La aplicación de los valores éticos y morales, convierten a un individuo en un ser integro capaz de tomar decisiones y demostrar un comportamiento adecuado al desempeñar sus funciones.

El personal del Banco de Sangre en las diferentes áreas realiza sus actividades con ética profesional, honradez, transparencia y rectitud, debido al rol importante del área en el manejo y administración de la sangre y sus derivados.

Estructura organizativa.

En el proceso de atención en el Banco de Sangre no se identifica claramente la estructura de la jefatura del Servicio Médico de Hematología que es la administradora del área, lo que distorsiona las líneas de autoridad, perjudicando al control. El encargado del Banco de Sangre deberá corregir la estructura, a fin

de identificar claramente las responsabilidades y funciones del personal dentro del Banco de Sangre.

Autoridad asignada y responsabilidad asumida.

El Jefe del servicio es la persona encargada de asignar correctamente las funciones, de acuerdo al grado de responsabilidad y perfil del personal que labora dentro del Banco de Sangre, para que las actividades y funciones se desarrollen satisfactoriamente aportando al logro de los objetivos de la institución.

Administración de los recursos humanos.

Seleccionar un administrador para el área de recursos humanos, con conocimientos y experiencia en el manejo del mismo, a fin de que aproveche y motive al personal en la búsqueda de su excelencia para lograr los resultados más óptimos.

Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.

Motivar, capacitar e incentivar al personal del Banco de Sangre a través de unos programas de capacitación permitirá crear profesionales competitivos y eficientes en el desarrollo de su trabajo.

La constante evaluación del personal en las actividades que se le asigna, permitirá evaluar su grado de involucramiento con el cumplimiento de sus tareas y el aporte que representa para el logro de objetivos.

Filosofía y estilo de gestión de la dirección.

El jefe del servicio, con el apoyo de la persona responsable de las pruebas serológicas e inmunohematológicas, velaran por la aplicación de las políticas y el cumplimiento de las leyes y reglamentos así como por el diseño, modificación y

aplicación de las mismas que regulen el desempeño normal del Banco de Sangre.

Realizarán reuniones periódicas con los médicos y tecnólogos médicos del Banco de Sangre, permitiendo obtener ideas y observaciones que faciliten la toma de decisiones que vayan en beneficio del área.

El consejo de la administración y los comités.

Los comités existentes deberán reunirse periódicamente, para que aporten con soluciones a las necesidades y requerimientos del Banco de Sangre; así como también se evalúen los procedimientos que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de las operaciones del área.

Rendición de cuentas y transparencia.

El Banco de Sangre elabora periódicamente el resumen de las actividades que realiza a fin de transparentar las operaciones efectuadas y demostrar que los procesos y función que desempeña, se cumplen a cabalidad, apegándose a principios y valores documentados en el código de ética del Hospital.

5.1.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.

Objetivos de las organizaciones.

El Banco de Sangre aplica los procesos que cumplan con las disposiciones legales, permitiendo obtener información administrativa confiable, oportuna que vaya encaminada al logro de los objetivos institucionales y a la toma de decisiones en búsqueda de salvaguardar los recursos del área.

Riesgos potenciales para la institución.

Los riesgos potenciales en el área de Hematología Banco de Sangre son los siguientes:

Riesgos externos:

El creciente número de pacientes con enfermedades de la sangre, y la poca motivación voluntaria para realizar donación, provocan que el desabastecimiento de unidades de sangre y hemocomponentes sea frecuente, lo que no permite cubrir la demanda existente.

Por ello es imprescindible crear programas educativos y de difusión para promocionar la donación y prevenir el contagio de enfermedades como el mal de Chagas, el VIH, la leucemia, entre otras.

Riesgos internos.

Procesos manuales repetitivos e ineficientes, junto con tecnología caduca; crean la necesidad de adquirir nuevos equipos médicos e informáticos y automatizar los procesos, a fin de mejorar la eficiencia de la operaciones y modernizar los procesos de producción de hemocomponentes y elaboración de pruebas serológicas e inmunohematológicas.

Gestiones dirigidas al cambio.

La administración del Servicio Médico de Hematología debe crear un enfoque por procesos, y desarrollar manuales de procedimientos, conjuntamente con protocolos médicos por patología, a fin de crear documentos que permitan continuar con las operaciones del área de Hematología.

El jefe del área debe crear un cronograma para capacitación del personal en cuanto a la aplicación de nuevos procedimientos médicos y los de las disposiciones legales en temas de bio-seguridad y manejo de la sangre.

5.1.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos.

Análisis de la dirección.

El Jefe del Servicio Médico de Hematología deberá evaluar los resultados obtenidos por el área del Banco de Sangre a fin de establecer los lineamiento y normativa que permitan corregir errores y plantear mejoras que beneficien tanto a la institución como a los donantes "clientes del Banco de Sangre".

Proceso de la información.

El registro diario de la atención que se realiza a los donantes, en las pruebas realizadas y los productos obtenidos; permiten obtener información que es presentada en reportes analíticos que ayudan a la toma de decisiones del área. .

Indicadores de rendimiento.

Los indicadores de rendimiento del área del Banco de Sangre son instrumentos formales y de referencia que ayudan a medir la gestión del área; aunque existen indicadores dentro del área se hace imperante diseñar nuevos para evaluar el desempeño, que faciliten interpretar a detalle las operaciones que se realizan.

Disposiciones legales puntuales.

Cumplir con las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales es un objetivo permanente de la institución, por lo que el acatamiento y aplicación de las mismas es necesario y obligatorio.

El Banco de Sangre debe acatar los reglamentos y disposiciones legales que disponga La Cruz Roja Ecuatoriana, entidad reguladora de los depósitos de sangre en el Ecuador; la ley de manejo y uso de sangre, y la reglamentación internacional para Bio-seguridad en cuanto al manejo, uso y desecho de componentes y materiales contaminados.

Criterios técnicos de control interno.

El área de Hematología Banco de Sangre, no cuenta con criterios técnicos para la evaluación del control interno.

Realizar reuniones periódicas entre el jefe del servicio y el personal del Banco de Sangre a fin de establecer criterios que permitan cumplir con las recomendaciones implantadas por auditoría; ayudando al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Estándares específicos.

Establecer un formato específico para la hoja que llenan los donantes, donde deben constar los datos más relevantes, como información personal, tipo de sangre, enfermedades congénitas, motivo de la donación, tipo de afiliación, y otros que permitirán elaborar estadísticas y elaborar informes que ayuden a la toma de decisiones.

Información generada.

Los datos y reportes presentados mensualmente por el Banco de Sangre, constan con información estadística que permite conocer el tipo de donantes más frecuentes y aptos para el proceso, el número y nombre de las pruebas serológicas e inmunohematológicas más frecuentes.

Los productos de la sangre que son de mayor demanda y los que son de difícil obtención. Lo que permite tomar decisiones y buscar las vías óptimas para sobrellevar los percances y proponer mejoras.

Rendimientos esperados.

El área del Banco de Sangre ha logrado cumplir en un 80% los objetivos planteados debidos principalmente a la falta del recurso tecnológico y a la demora en el proceso de obtención de las unidades de sangre.

Otros criterios de control.

Establecer políticas y reglamentos por parte de las autoridades que permitan dar seguimiento continuo a las actividades de control y así reducir el riesgo para obtener los objetivos.

5.1.9.4. Información y comunicación.

Dentro de este componente se deben tener en cuenta los siguientes sub-componentes:

Información en todos los niveles.

La información debe distribuirse y conocerse en todos los niveles con el propósito de sensibilizar al personal sobre la necesidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos del departamento y en forma acumulada los objetivos de la organización; logrando su apoyo para el funcionamiento del marco integrado de control interno.

Datos fundamentales en los estados financieros.

Un elemento principal del componente información y comunicación son las notas en los estados financieros, básicas para conocer y divulgar la información detallada para la presentación de los resultados de operación de una organización.

Herramienta para la supervisión.

Evaluación a través de cumplimiento de objetivos y cuestionarios de control interno ayudarán para que la administración monitoree y supervise el trabajo que desempeña el personal dentro del área.

Información adicional y detallada.

La información detallada de tipo de donantes, resultados de las pruebas realizadas, productos sanguíneos, y unidades de sangre, sirve para la preparación de los informes compilados o consolidados se maneja en los niveles de operación y es importante que sean compartidas con las unidades relacionadas.

Comunicación de los objetivos de la organización.

La comunicación de los objetivos institucionales es una actividad totalmente relacionada con la entrega de información importante para la ejecución de las operaciones.

La comunicación entre la dirección ejecutiva y los usuarios o interlocutores externos, realizada en forma directa y sincera permite transmitir el mensaje en todos los ámbitos de la organización.

5.1.9.5. Supervisión.

Monitoreo continuo por la administración.

El Jefe del Servicio Médico de Hematología y la persona responsable por el Banco de Sangre son quienes controlan permanentemente el monitoreo de la información procesada para que los informes y documentos estén acorde a las disposiciones legales vigentes y consten con la aprobación técnica correspondiente.

Seguimiento interno.

Concluida la evaluación de las áreas críticas, se plantean acciones correctivas que deben darse seguimiento y verificar su cumplimiento. La persona encargada del Banco de Sangre debe ser quien controle y de seguimiento al cumplimiento de las disposiciones aprobadas por el jefe del servicio quien constatará los resultados que se obtengan.

Evaluaciones externas.

La Contraloría General del Estado es la encargada de fiscalizar al Hospital Carlos Andrade Marín, sin embargo aplica pruebas de auditoría que se basan principalmente a la auditoría financiera cuyo enfoque no les habilita para evaluar la gestión de los servicios médicos y otras dependencias del Hospital.

Contratar los servicios profesionales expertos en el campo médico y con conocimientos en auditoría y control interno a fin de tener un punto de vista diferente de un tercero y poder identificar claramente las falencias y plantear soluciones.

A continuación se presenta en la tabla 11. El cuestionario de evaluación de control interno a través del método MICIL para el área de Hematología y Banco de Sangre.

Este cuestionario permite evaluar todos los componentes y subcomponentes del MICIL, a través de una calificación sobre la ponderación de cada componente, permitiendo establecer diferencias e identificar las deficiencias dentro de cada factor.

La calificación asignada se consigue en base al análisis previo de los resultados de cuestionarios de control interno administrativo, realizados a varias personas dentro del área.

5.1.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Banco de Sangre.

TABLA 11. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Banco de Sangre.

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Banco de Sangre
Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Responsable: Dr. José Páez Espín

Página 1 de 2

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN POR EL MÉTODO MICIL (MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA)							
No	PROCEDIMIENTOS	Ponderación Total	Calificación Total	% CT Vs. PT		Diferencia	Observaciones
				%PT	%CT	PT - CT	
1	AMBIENTE DE CONTROL Y TRABAJO INSTITUCIONAL	50	40,5	50,0%	81,0%	9,5	El ambiente de control y trabajo tiene un riesgo bajo
	1. Integridad y Valores éticos	13	9	26,0%	18,0%	4	falta aplicación del código de ética
	2. Estructura organizativa	7	4	14,0%	8,0%	3	Las líneas de autoridad están más definidas
	3. Autoridad asignada y responsabilidad asumida	8	7	16,0%	14,0%	1	La autoridad asumida y la responsabilidad asignada no esta definida correctamente
	4. Administración de los Recursos Humanos	5	4	10,0%	8,0%	1	El administrador debe mejorar las políticas del RRHH
	5. Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	6	5,5	12,0%	11,0%	0,5	Hace falta evaluar el desempeño del personal
	6. Filosofía y estilo de gestión de la dirección.	4	4	8,0%	8,0%	0	
	7. El Consejo de Administración y los Comités.	3	3	6,0%	6,0%	0	
	8. Rendición de Cuentas y transparencia.	4	4	8,0%	8,0%	0	
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS	10	8	10,0%	80,0%	2	Los riesgos para la consecución de objetivos son bajos
	1. Objetivos de las organizaciones	4	3	40,0%	30,0%	1	hace falta la difusión de los objetivos institucionales
	2. Riesgo potencial para la organización	4	3	40,0%	30,0%	1	hace falta documentos que permitan sobrellevar los riesgos
	3. Gestiones dirigidas al cambio.	2	2	20,0%	20,0%	0	

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Banco de Sangre
Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Responsable: Dr. José Páez Espín

Página 2 de 2

3	ACTIVIDADES DE CONTROL PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS	20	15	20,0%	75,0%	5	Las actividades de control que permiten reducir los riesgos tienen un riesgo bajo
	1. Análisis de la Dirección.	4	4	20,0%	20,0%	0	
	2. Proceso de la información	4	2	20,0%	10,0%	2	falta mejorar el proceso de la información
	3. Indicadores de rendimiento	3	1	15,0%	5,0%	2	Hacen falta indicadores que evalúen el rendimiento
	4. Disposiciones legales puntuales	2	2	10,0%	10,0%	0	
	5. Criterios Técnicos de control interno	1	1	5,0%	5,0%	0	
	6. Estándares Específicos	2	2	10,0%	10,0%	0	
	7. Información generada	1	1	5,0%	5,0%	0	
	8. Rendimientos esperados	2	1	10,0%	5,0%	1	Falta cumplir con los rendimientos propuestos
	9. Otros criterios de control.	1	1	5,0%	5,0%	0	
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA TRANSPARENCIA	10	7,5	10,0%	75,0%	2,5	El factor información y Comunicación tiene riesgo bajo.
	1. Información en todos los niveles.	3	2,5	30,0%	25,0%	0,5	La información no se distribuye en todos los niveles
	2. Datos fundamentales en los Estados Financieros	2	2	20,0%	20,0%	0	
	3. Herramientas para la Supervisión	2	1	20,0%	10,0%	1	Hacen falta herramientas que faciliten el control
	4. Información adicional y detallada	1	1	10,0%	10,0%	0	
	5. Comunicación de los objetivos de la organización	2	1	20,0%	10,0%	1	hace falta comunicar los objetivos de la organización
5	SUPERVISIÓN	10	7,5	10,0%	75,0%	2,5	El componente Supervisión posee un riesgo bajo
	1. Monitoreo continuo por la administración	5	4	50,0%	40,0%	1	Es necesario que el monitoreo sea permanente
	2. Seguimiento interno	3	1,5	30,0%	15,0%	1,5	El seguimiento interno es insuficiente
	3. Evaluaciones Externas	2	2	20,0%	20,0%	0	
TOTAL		100	78,5			21,5	

Realizado por: Hugo Fiallos

Supervisado por: Dra. Eugenia Camacho

Fecha de Evaluación: 18 de Diciembre 2006

En el entorno o ambiente de control y trabajo institucional se debe cumplir con la ponderación total de 50%, pero de acuerdo a la evaluación realizada al área tiene como resultado de 40,5 puntos que representa el 81% del total del componente, con una diferencia de 9,5 puntos significativos, que se deben a la falta de aplicación del código de ética, no cuentan con incentivos para el personal y falta evaluación del desempeño individual, las líneas de autoridad y la estructura funcional necesitan reestructurarse a fin de establecer claramente las líneas de responsabilidad. Los puntos mencionados serán corregidos mediante la participación de la jefatura del Servicio Médico de Hematología, a fin de que no se afecte la consecución de los objetivos institucionales. Es así como se identifican las falencias por sub-componentes calificadas en diferencias en puntos, de la siguiente forma:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Integridad y Valores éticos	4
✦ Estructura organizativa	3
✦ Autoridad asignada y responsabilidad asumida	1
✦ Administración de los Recursos Humanos	1
✦ Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	1

El puntaje óptimo en la evaluación de riesgos para obtener los objetivos en el área es del 10%, el resultado de la calificación es de 8 puntos que representa el 80% del total de la ponderación. Hay una diferencia de 2 puntos, errores causados por el desconocimiento de los objetivos institucionales, fallas y errores humanos, dichas falencias serán corregidas paulatinamente bajo un cronograma de actividades; en los sub-componentes que se detecto falencias son:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Objetivos de las organizaciones	1
✦ Riesgo potencial para la organización	1

Las actividades de control para minimizar los riesgos comprenden una ponderación total de 20%, para el Banco de Sangre se calificó con 15 puntos que significa el 75% del total del componente, obteniendo una diferencia de 5 puntos que se dio por falta de información en los reportes presentados por parte del área, la carencia de indicadores de rendimiento que ayuden a interpretar con mayor precisión la gestión de la administración, y el incumplimiento de los rendimientos propuestos, impidiendo alcanzar los objetivos institucionales. Las deficiencias se muestran en con los siguientes sub-componentes:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Proceso de la información	2
✦ Indicadores de rendimiento	2
✦ Rendimientos esperados	1

La información y comunicación adecuada en el área debe ponderarse en 10 puntos, no obstante se ha calificado con 7,5 que representa el 75% del total del componente, existiendo una diferencia de 2,5 puntos que implica la falta de herramientas para la supervisión, mala distribución de la información en el área y fuera de esta, desconocimiento de los objetivos de la institución. Esto puede mejorarse distribuyendo la información horizontal y verticalmente, y diseñando herramientas para la supervisión, permitiendo informar y comunicar

eficientemente ayudando al logro de los objetivos. Dentro de los subcomponentes tenemos:

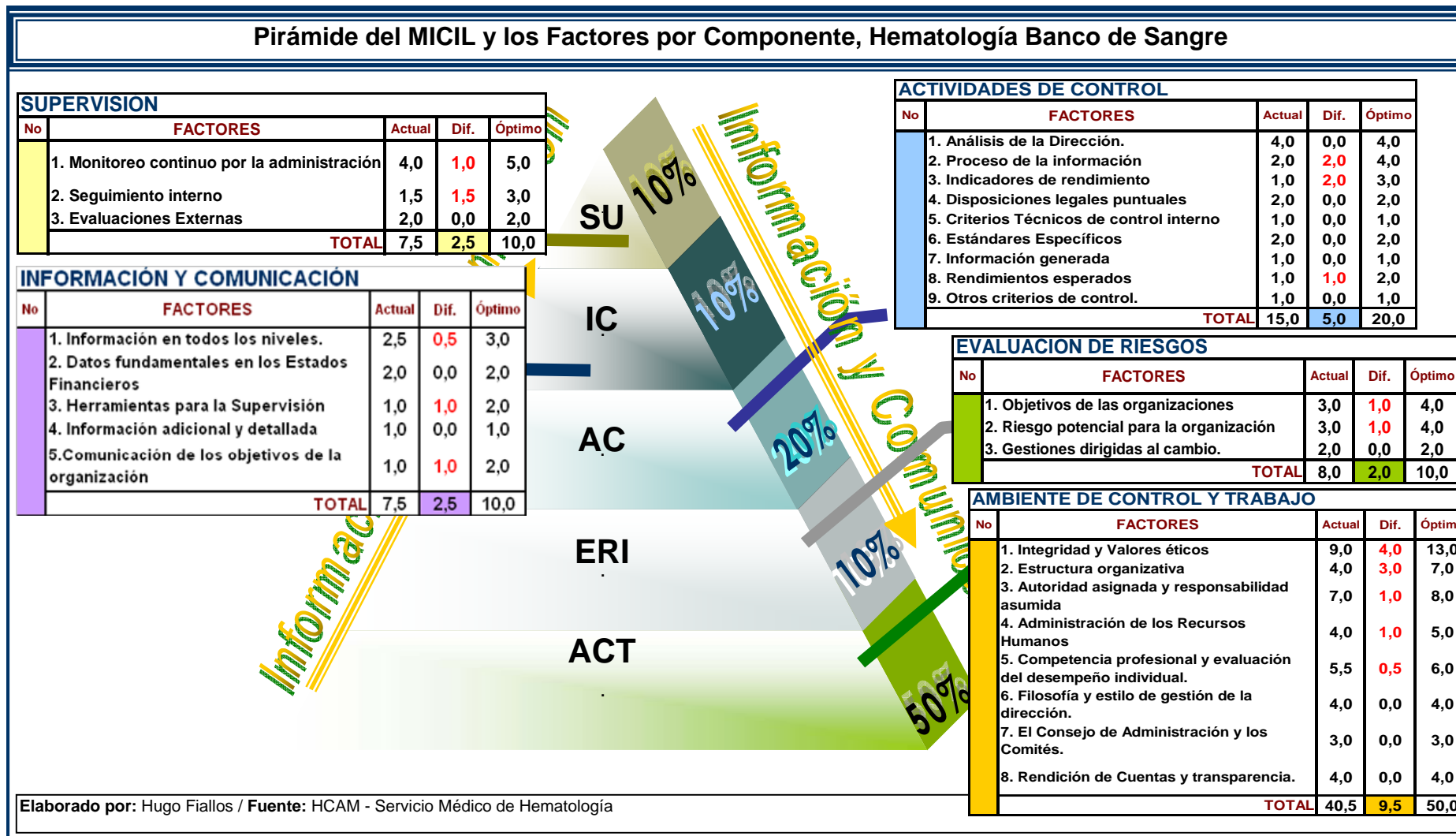
Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Información en todos los niveles.	0,5
✦ Herramientas para la Supervisión	1
✦ Comunicación de los objetivos de la organización	1

La supervisión interna continua y externa periódica debe ser de un 10%; el resultado es de 7,5 puntos que representa el 75% del total del componente, teniendo una diferencia de 2,5 puntos que se deben a la falta de seguimiento interno continuo, y a la inexistencia de políticas orientadas al seguimiento y evaluación permanente que mejorará el monitoreo o supervisión, facilitando la toma de decisiones que ayuden a alcanzar los objetivos. Dentro de los subcomponentes tenemos:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Monitoreo continuo por la administración	1
✦ Seguimiento interno	1,5

A continuación en el gráfico 29. Se muestra visualmente a través de la pirámide del MICIL del área de Hematología Banco de Sangre, las diferencias resultado de las falencias detectadas en la evaluación de los componentes y subcomponentes del MICIL, se resaltan con color rojo.

5.1.11. Pirámide MICIL – Hematología Banco de Sangre.



5.2. Hematología Hospitalización.

5.2.1. Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.

El área de Hospitalización del Servicio Médico de Hematología del Hospital Carlos Andrade Marín es una de las áreas de mayor importancia a nivel nacional dentro de la red de atención de salud del Instituto Ecuatoriano de seguridad social, al ser el único Servicio Médico, reconocido como tal por el IESS para brindar atención especializada a pacientes con problemas hematológicos.

La evaluación del control interno del área ha identificado las siguientes falencias:

- ★ Infraestructura insuficiente, impide que se pueda satisfacer la creciente demanda de pacientes que requieren de tratamientos médicos de alto riesgo, por lo que necesitan ser Hospitalizados. Provocando mala atención a los pacientes y afiliados que tienen derecho a ser atendidos.
- ★ La falta de automatización en los procesos ha generado ineficiencia en los procesos administrativos, retrasando la atención y el proceso de admisión y egreso del paciente Hospitalizado. .
- ★ Falta cumplimiento de manuales y procedimientos médicos administrativos dentro del área, lo que repercute en desorganización de la información que no es confiable y oportuna para tomar decisiones.
- ★ No se encuentran definidas las líneas de autoridad y responsabilidad del personal de enfermería dentro del área de Hospitalización, generando desconocimiento de sus deberes y obligaciones ante el jefe del servicio que es el encargado de administrar; provocando incumplimiento de las actividades asignadas y frecuentes conflictos entre las partes antes mencionadas.

- ✦ No existe un sistema de información real sobre la existencia de fármacos e insumos disponibles dentro de la institución, causando desabastecimiento de dichos recursos y que la información no sea confiable.
- ✦ No cuentan con un sistema informático que permita administrar eficientemente los recursos dentro del área, y a su vez funcione como base de datos de la atención médica a pacientes. Lo que no permite contar con información oportuna y confiable.

5.2.2. Naturaleza y funciones.

Hospitalización hematológica se creó fundamentalmente para atender los problemas de los pacientes que padecen de enfermedades de la sangre y patología hematológicas de difícil curación, que debido a la delicadeza de su cuidado requieren de mayor atención.

La función principal del área de Hospitalización del Servicio Médico de Hematología es la de realizar y aplicar a los pacientes Hospitalizados, los procedimientos y tratamientos médicos más adecuados para mejorar y preservar su condición clínica, en pro de mejora de su salud.

5.2.3. Características.

El área de Hospitalización del Servicio Médico de Hematología se caracteriza principalmente por brindar atención a los pacientes Hospitalizados, administrándoles tratamientos y procedimientos médicos de acuerdo a las características y patología que presenten los pacientes.

El área posee tres sectores o departamentos internamente, Hospitalización como tal, que es el lugar físico donde se atiende y brinda tratamiento a los pacientes; Enfermería es donde el personal de enfermeras controlan y supervisan la evolución de los pacientes diariamente; y, La parte de Médicos donde se encuentran los residentes, que son doctores con experiencia en el campo

hematológico capaces de atender cualquier situación anómala que pueda ocurrir con un paciente.

Funciones especiales.

Entre otras características se encuentran las siguientes:

- ★ En el área se controla y evalúa periódicamente la condición de los pacientes, se procura salvaguardar su integridad; y se llevan los documentos que soportan el Servicio Médico prestado. .
- ★ El área es la encargada de administrar los tratamientos y procedimientos médicos necesarios para que la condición clínica de un paciente que padece de una patología hematológica sea estable.
- ★ En el área se genera la información para el archivo de estadística de historias clínicas donde se registran los antecedentes de los pacientes que son atendidos, es importante que las historias clínicas se registren diariamente ya que es un resumen de la evolución de los pacientes.

Asientos contables.

Permiten determinar el costo final de la atención médica realizada hacia un paciente; el área no registra directamente los asientos contables, la atención médica se registra en la historia clínica y, una vez que el paciente tiene firmada la orden de alta. Se envían las historias al departamento financiero contable que es el encargado de la facturación y los cobros.

Documentos y formas.

En el área Hospitalaria del Servicio Médico de Hematología se usan dos documentos bases, los partes de enfermería “registro de la atención en Hospitalización, procedimientos médicos, tratamientos clínicos, evolución del paciente” y las historias clínicas “documento fuente para la elaboración de las facturas”.

Formas:

- ★ Partes de enfermería.

- ★ Hojas de solicitud de exámenes de laboratorio y exámenes de gabinete e imagenología.

Documentos:

- ★ Historias clínicas de los pacientes.

Bases de datos.

El área no cuenta con una base de datos que le permita mejorar la eficiencia en la atención y llevar el historial clínico de los pacientes en un archivo magnético que es de fácil acceso y utilización.

Enlaces con otras áreas.

La interrelación del área de Hospitalización se relaciona principalmente con el departamento financiero contable que es la encargada de realizar los procesos de facturación y cobro. Se relaciona también con las áreas del Banco de Sangre al solicitar los componentes sanguíneos para varios tratamientos médicos, y con

Consulta Externa debido a que los pacientes que salen del área deben realizar una consulta subsecuente a fin de controlar su evolución.

Mantiene relación con la totalidad de servicios médicos en el caso de que un paciente padezca de otras enfermedades que a su vez conllevan a que contraigan enfermedades de la sangre, por lo que las ínter consultas son frecuentes entre servicios médicos.

5.2.4. Objetivos del control interno administrativo.

El objetivo de aplicar un sistema de control interno administrativo dentro del área de Hospitalización Hematológica busca asegurar la veracidad de los procesos administrativos, velando porque estos sean oportunos y brinden confiabilidad a la gestión administrativa, en el uso de los recursos, encaminando siempre al área hacia la eficiencia y eficacia de sus operaciones. A continuación se detallan uno a uno los objetivos principales para el área.

Autorización.

Todo proceso o documento debe contar con la aprobación del jefe del Servicio Médico para su uso, y en lo referente a los partes de enfermería, lo aprueba la enfermera supervisora que a su vez recibe el visto bueno del jefe del servicio.

Procesamiento de transacciones.

La elaboración de los partes médicos y las historias clínicas, son registradas y actualizadas diariamente durante la permanencia de un paciente en Hospitalización. Deben verificarse que estén correctamente llenos y registrar la evolución de los pacientes como también al momento de ser dados de alta.

Clasificación.

La clasificación de las historias clínicas debe mantener un orden y una coherencia, separándolas por tipo de pacientes y atención, ya sean tratamientos clínicos o procedimientos médicos.

Verificación y evaluación.

La enfermera supervisora es quien valúa y verifica que los partes médicos se lleven correctamente, al igual que las historias clínicas. Los médicos del área son los encargados de evaluar las actividades de la enfermeras, y el jefe del servicio es quien avaliza el trabajo de los médicos.

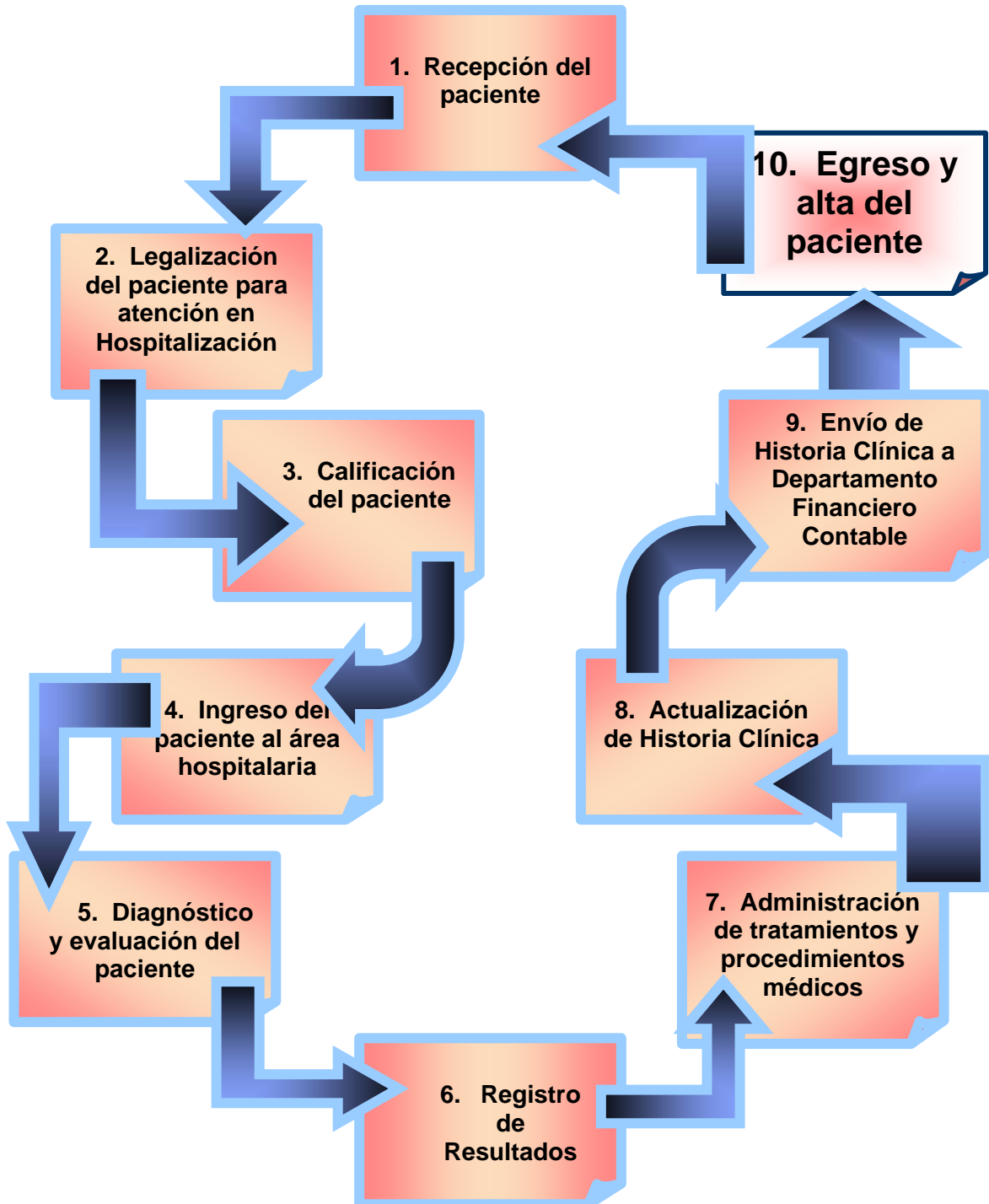
Protección física.

El archivo de historias clínicas de los pacientes que se encuentran recibiendo atención en Hospitalización es manejado por el personal de enfermería del área y el histórico es guardado en el departamento de estadística como una base de datos permanente.

En la página siguiente, se puede observar el ciclo administrativo del área, donde se observa claramente, de manera secuencial y lógica las actividades principales del y el proceso a través del cuál proviene la información que servirá para la elaboración de los informes administrativos que ayudan a la toma de decisiones en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos institucionales.

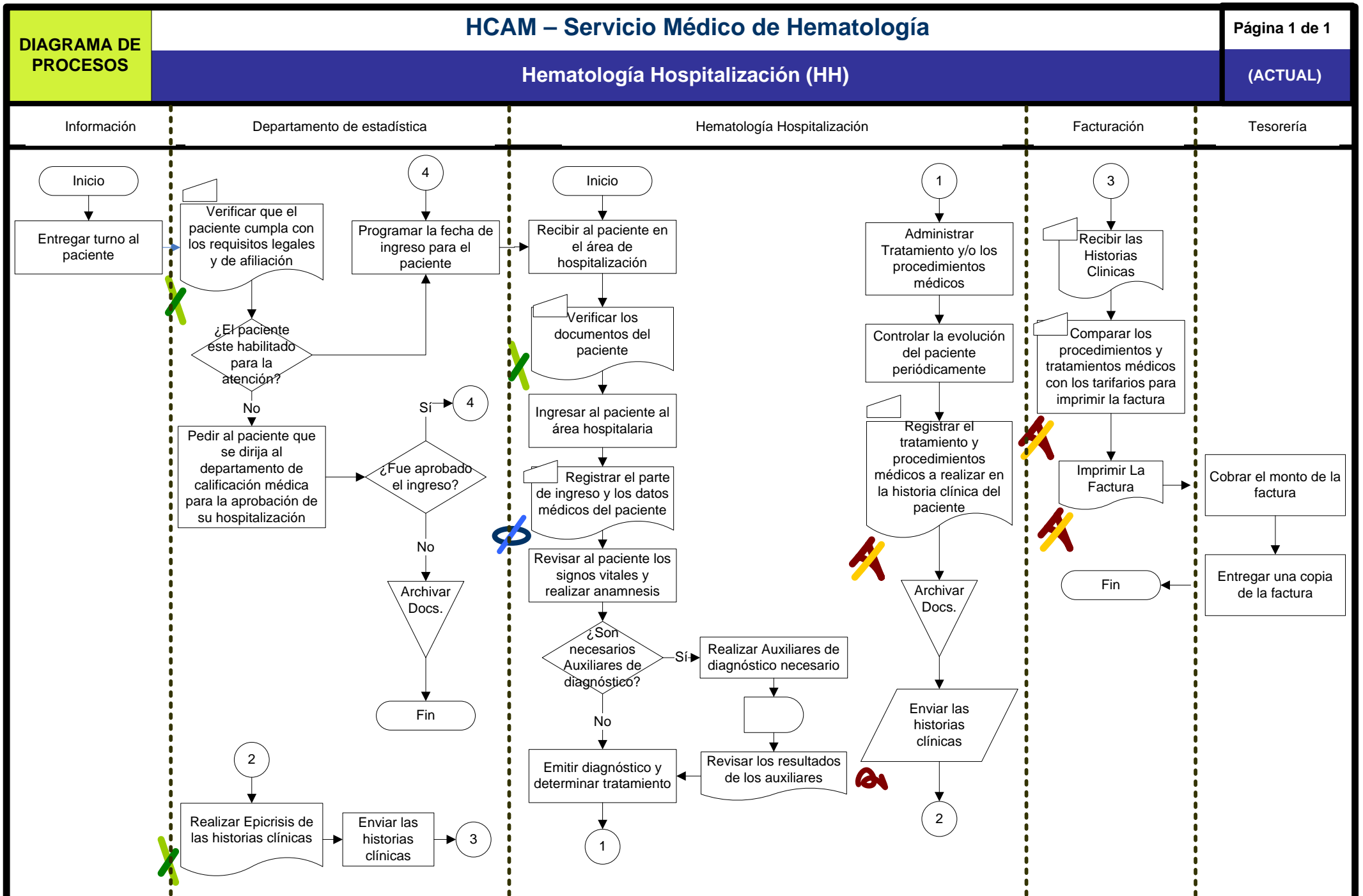
5.2.5. Ciclo del Departamento de Hematología Hospitalización.

GRÁFICO 30. Ciclo de Hematología Hospitalización.



Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Banco de Sangre

5.2.6. Diagrama de procesos (actual) – Hematología Hospitalización.



Marcas de Auditoría

Repetición de proceso manual de registro, falta modernización

Elaboración manual de documento

Ineficiencia en proceso de cobro

Proceso manual que requiere de una persona que transporte los documentos

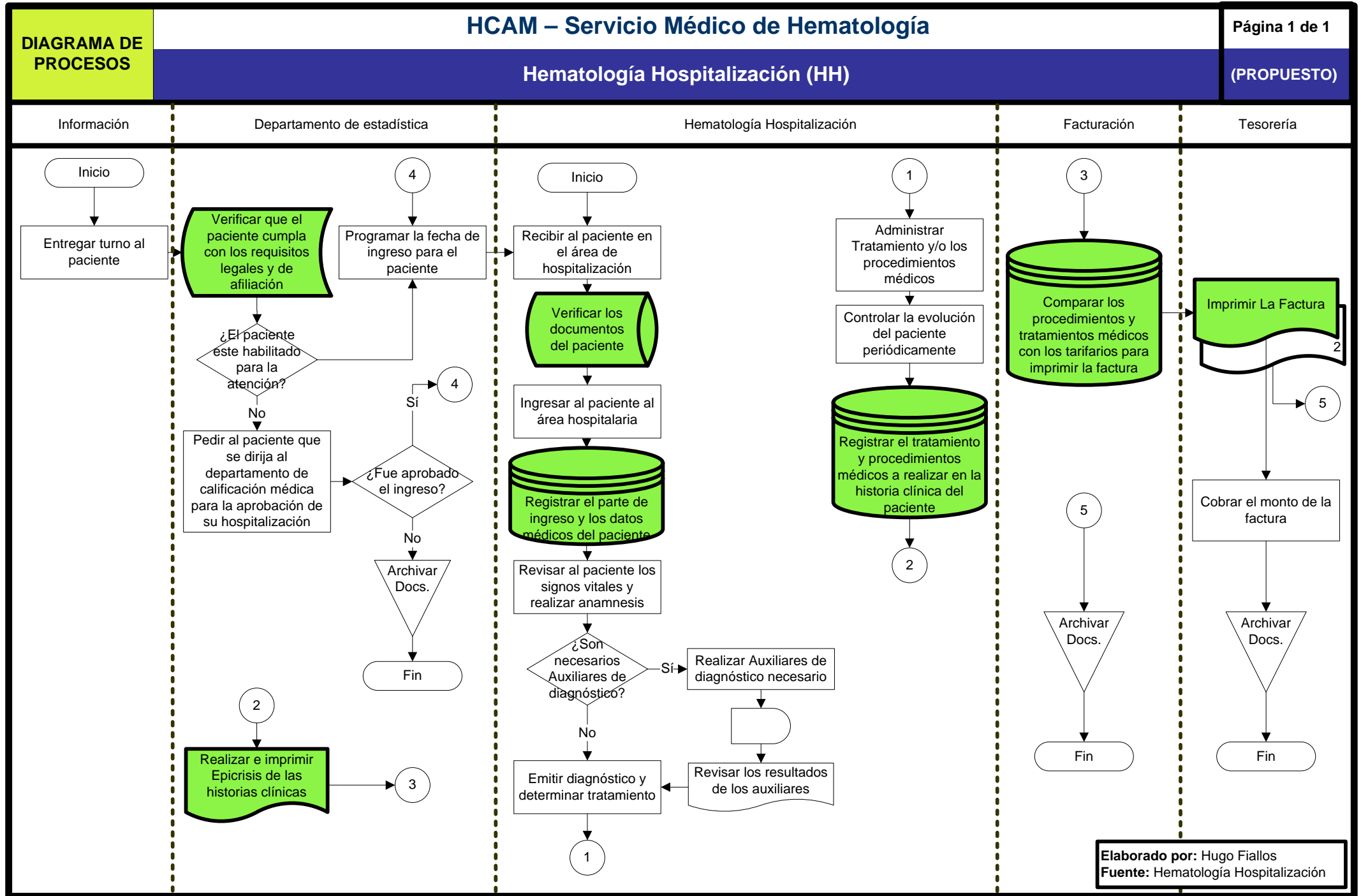
Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Hospitalización

5.2.7. Debilidades detectadas.

Luego de haber revisado el diagrama de proceso de Hematología Hospitalización, se ha detectado las siguientes debilidades:

- ★ No cuentan con un sistema informático eficiente, existen procesos que se realizan manualmente por repetidas ocasiones, que generan retrasos administrativos en la atención al paciente, lo que genera descontento del mismo y daña el prestigio y reputación del Servicio Médico y la institución.
- ★ Hace falta una base de datos donde se encuentre el historial de los pacientes atendidos dentro del área Hospitalaria, que a su vez sirva como una herramienta para la administración en la elaboración de documentación estadística confiable y oportuna.
- ★ No cuentan con proceso automático para el envío de documentos, lo que ha obligado a desperdiciar el tiempo del personal del área que es delegado para el transporte de la documentación; generando riesgo en el manejo de información confidencial.
- ★ El proceso de facturación es ineficiente al requerir de la comparación física de los procedimientos médicos y tratamientos administrados en las historias clínicas, con los tarifarios del IESS que se encuentran impresos. Ocasionando trámites burocráticos innecesarios para la gestión de cobro por el servicio prestado en el área de Hospitalización. .

5.1.8. Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Hospitalización.



Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Hospitalización

5.2.9. Propuesta del sistema de control interno.

La propuesta de un sistema de control interno administrativo, va encaminada al análisis de las actividades especializadas dentro del área de Hospitalización del Servicio Médico de Hematología, con el fin de lograr establecer recomendaciones para su cumplimiento; y así, llegar a mejorar la gestión de la administración, brindando atención de calidad, eficaz y oportuna que garantice el prestigio y reconocimiento que el Servicio Médico y la institución merecen.

Componentes del sistema de control interno.

El Sistema de Control interno se encuentra conformado por los siguientes Componentes:

5.2.9.1. Ambiente de control.

Integridad y valores éticos.

El personal de enfermería es el principal aporte dentro del área. Por lo que es indispensable que se aplique a cabalidad el código de conducta vigente.

El cuerpo de médicos residentes realiza sus actividades cotidianas de manera transparente, aportando con su actitud al ambiente de trabajo.

Estructura organizativa.

Es necesario que se reestructure las líneas de autoridad y responsabilidad dentro del área, debido a que el personal de enfermería al encontrarse fuera del control del jefe del servicio de Hematología, difícilmente cumple con sus labores a cabalidad, desobedeciendo los procesos regulares.

Autoridad asignada y responsabilidad asumida.

El jefe del Servicio Médico de Hematología es la autoridad máxima en el área de Hospitalización; es el encargado de delegar las funciones y responsabilidades al personal médico de planta, y a las enfermeras de turno. Una obligación del Jefe del servicio es responsabilizarse por el funcionamiento de Hematología y sus áreas, para ello debe delegar funciones de acuerdo a las capacidades y experiencia del personal bajo su responsabilidad.

Administración de los recursos humanos.

Seleccionar un responsable del manejo, control y evaluación del recurso humano dentro del Servicio Médico es una necesidad primordial a fin de que explore y explote el potencial de las personas, para que demuestren sus habilidades y cumplan a cabalidad sus obligaciones.

Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.

Capacitación continua y motivación al personal, son la base para promover la excelencia de los profesionales que trabajan dentro del área; pero la evaluación continua permanente es uno de los pilares básicos para que funcione el control interno dentro del área, fomentando un buen ambiente de trabajo.

Filosofía y estilo de gestión de la dirección.

El administrador del área, debe definir y dar a conocer las políticas que ayuden a viabilizar el funcionamiento eficiente de las operaciones dentro del área. También debe evaluar a través de índices de gestión, y otras herramientas como la aplicación de cuestionarios de control interno, diagramas de causa efecto; el rendimiento dentro del área.

Realizar reuniones periódicas con el personal que labora en el área servirá al jefe del servicio para entender y comprender las debilidades internas, y proponer soluciones en grupo o individualmente al revisar los resultados generados en la reunión.

Deben generarse informes y documentos que respalden la gestión de la administración, ya que son herramientas útiles para detectar falencias y proponer soluciones.

El consejo de la administración y los comités.

Existen diferentes comités dentro del Hospital, pero ninguno de ellos cumple realmente con su papel de ejecutor de las directrices y proveedor de políticas que regularicen y ayuden a la consecución de los objetivos.

Es necesario que los comités y el consejo de administración, este conformado por profesionales de excelencia con experiencia en administración, para que tengan la capacidad y voluntad de aportar con los criterios técnicos que faciliten el alcance de los objetivos.

Rendición de cuentas y transparencia.

Hospitalización elabora periódicamente el resumen de las actividades que realiza a fin de transparentar las operaciones efectuadas y demostrar que los procesos y función que desempeña, se cumplen a cabalidad, apegándose a principios y valores documentados en el código de ética del Hospital.

5.2.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.

Objetivos de las organizaciones.

Las actividades desarrolladas dentro del área, generan documentos legalizados, que deben cumplir con las disposiciones reglamentarias aplicables. Con ello se

logrará minimizar el riesgo de alcanzar los objetivos proveyendo de una certeza razonable en su alcance.

Riesgos potenciales para la institución.

El análisis de los riesgos incluye un proceso relacionado con la calificación en las siguientes actividades:

- ✦ Estimar la importancia del riesgo. Alto, medio o bajo.
- ✦ Evaluar la probabilidad (frecuencia) de que el riesgo se materialice, se produzca o se presente.
- ✦ Análisis de la situación y establecer la manera como se gestionará el riesgo y determinar las medidas que se podrían adoptar.

Los riesgos potenciales en el área de Hematología Hospitalización son los siguientes:

Riesgos externos:

El creciente número de pacientes con enfermedades hematológicas, que requieren ser Hospitalizados; y, que se encuentran esperando para ingresar al área Hospitalaria. Genera un riesgo enorme para la institución; debido a que al no tener el espacio suficiente, puede darse el caso de que algún afiliado demande al Hospital.

Riesgos internos.

Procesos burocráticos, impiden que el área asignada y equipada para Hospitalización de Hematología, no funcione. Y que tenga que desempeñar sus operaciones en un espacio reducido en camas prestadas dentro del Servicio

Médico de Oncología; por lo que es indispensable se gestione inmediatamente la funcionalidad de área propia de Hospitalización de Hematología.

Desobediencia del personal de enfermería, genera incumplimiento en sus tareas e ineficiencia dentro del área.

Gestiones dirigidas al cambio.

Es necesario implantar una metodología de administración por procesos dentro del área de Hematología Hospitalización.

Realizar la documentación de protocolos médicos por patología, procedimientos médicos clínicos, y tratamientos; ayudarán al funcionamiento eficiente del área. Facilitará el traspaso de conocimiento, y ayudará a aplicar métodos de evaluación que verifiquen el cumplimiento de los pasos a seguir en las atenciones prestadas.

5.2.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos.

Análisis de la dirección.

El jefe del Servicio Médico de Hematología deberá evaluar los resultados obtenidos por el área de Hospitalización, mediante el análisis de los documentos e información generada internamente, proponiendo soluciones y definiendo las directrices que guíen las operaciones dentro de Hospitalización; ayudando así a mejorar la atención brindada a los pacientes beneficiando a la institución.

Proceso de la información.

Es necesario implementar un sistema informático donde se registre los datos completos del paciente que ingrese en el área, los procedimientos, tratamientos administrados y el trámite del egreso o alta del paciente.

Indicadores de rendimiento.

El área necesita diseñar indicadores de rendimiento que permitan medir el desempeño y el cumplimiento de los objetivos de la institución.

Disposiciones legales puntuales.

El área de Hospitalización debe dar cumplimiento a las disposiciones legales aplicables a la profesión de médico, acatando el código de ética del Hospital, los reglamentos y los manuales de procedimientos médicos con los que dispone para dar una atención de calidad.

Criterios técnicos de control interno.

No aplican criterios técnicos de control interno, deberán realizar reuniones periódicas con el personal del área de Hospitalización para definir las soluciones que permitan cumplir con las recomendaciones implantadas por auditoría viabilizando el logro de los objetivos institucionales.

Estándares específicos.

En el área se manejan formatos estandarizados para el control diario de los pacientes, a través de partes de enfermería e historias clínicas donde se describe los tratamientos administrados a un paciente.

Información generada.

Es necesario que la información generada se resuma y clasifique de manera que la presentación a través de informes sea oportuna, clara y de fácil comprensión.

Rendimientos esperados.

Deben plantearse objetivos realistas, donde se propongan metas y desafíos para ser alcanzados y así contribuir al logro de los objetivos de la institución.

Otros criterios de control.

Establecer políticas, manuales y reglamentos por parte de las autoridades del Servicio Médico de Hematología, conjuntamente con los responsables de la Dirección técnica de Hospitalización y ambulatorio permitirán dar seguimiento continuo a las actividades de control y así reducir el riesgo para obtener los objetivos de la institucional.

5.2.9.4. Información y comunicación.

Dentro de este componente se deben tener en cuenta los siguientes sub-componentes:

Información en todos los niveles.

La información debe distribuirse y conocerse en todos los niveles con el propósito de sensibilizar al personal sobre la necesidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos del departamento y en forma acumulada los objetivos de la organización; logrando su apoyo para el funcionamiento del marco integrado de control interno.

Datos fundamentales en los estados financieros.

Un elemento principal del componente información y comunicación son los estados financieros. Estos son el medio más conocido y divulgado para la presentación de los resultados de operación de una organización.

Herramienta para la supervisión.

La información es una herramienta fundamental para la supervisión aplicada por los niveles directivos superiores e intermedios para apoyar el cumplimiento de los objetivos programados y la generación de acciones que permitan controlar los riesgos en el cumplimiento de los objetivos de la organización.

Información adicional y detallada.

La información detallada por tipo de patologías hematológicas; número de paciente que se enmarcan en el grupo; separar por tipo de afiliado, y agrupar por edades; servirá para la preparación de los informes compilados o consolidados se maneja en los niveles de operación y es importante que sean compartidas con las unidades relacionadas.

Comunicación de los objetivos de la organización.

La comunicación de los objetivos institucionales es una actividad totalmente relacionada con la entrega de información importante para la ejecución de las operaciones.

La comunicación entre la dirección ejecutiva y los usuarios o interlocutores externos, realizada en forma directa y sincera permite transmitir el mensaje en todos los ámbitos de la organización.

5.2.9.5. Supervisión.

Monitoreo continuo por la administración.

El Jefe del Servicio Médico de Hematología y la supervisora de enfermería, conjuntamente deben controlar periódicamente las actividades realizadas por el

personal dentro del área; monitoreando la información procesada para que los informes y documentos estén acorde a las disposiciones legales vigentes.

Seguimiento interno.

Es necesario que se de seguimiento a las recomendaciones propuestas por la evaluación realizada; así como verificar su cumplimiento.

El jefe del Servicio Médico de Hematología deberá verificar el desempeño en la aplicación de la propuesta del sistema de control interno administrativo.

Evaluaciones externas.

La Contraloría General del Estado es la encargada de fiscalizar al Hospital Carlos Andrade Marín, sin embargo aplica pruebas de auditoría que se basan principalmente a la auditoría financiera cuyo enfoque no les habilita para evaluar la gestión de los servicios médicos y otras dependencias del Hospital.

Contratar los servicios profesionales expertos en el campo médico con conocimientos en auditoría y control interno a fin de tener un punto de vista diferente de un tercero y poder identificar claramente las falencias y plantear soluciones.

5.2.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Hospitalización.

TABLA 12. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Hospitalización.

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Hospitalización

Responsable: Dr. José Páez Espín

Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Página 1 de 2

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN POR EL MÉTODO MICIL (MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA)							
No	PROCEDIMIENTOS	Ponderación Total	Calificación Total	% CT Vs. PT		Diferencia	Observaciones
				%PT	%CT	PT - CT	
1	AMBIENTE DE CONTROL Y TRABAJO INSTITUCIONAL	50	39,5	50,0%	79,0%	10,5	El riesgo es bajo en el ambiente de control y trabajo
	1. Integridad y Valores éticos	13	9	26,0%	18,0%	4	El código de conducta y ética profesional no se aplica
	2. Estructura organizativa	7	3,5	14,0%	7,0%	3,5	La estructura organizativa no es la adecuada
	3. Autoridad asignada y responsabilidad asumida	8	7	16,0%	14,0%	1	Las líneas de autoridad y responsabilidad estan mal definidas
	4. Administración de los Recursos Humanos	5	4	10,0%	8,0%	1	Falta un administrador del recurso humano
	5. Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	6	5	12,0%	10,0%	1	La evaluación no es periodica
	6. Filosofía y estilo de gestión de la dirección.	4	4	8,0%	8,0%	0	
	7. El Consejo de Administración y los Comités.	3	3	6,0%	6,0%	0	
	8. Rendición de Cuentas y transparencia.	4	4	8,0%	8,0%	0	
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS	10	8,5	10,0%	85,0%	1,5	El riesgo para cumplir con los objetivos es bajo
	1. Objetivos de las organizaciones	4	3,5	40,0%	35,0%	0,5	Falta cumplir con los objetivos de la institución
	2. Riesgo potencial para la organización	4	3	40,0%	30,0%	1	Falta analizar los riesgos potenciales
	3. Gestiones dirigidas al cambio.	2	2	20,0%	20,0%	0	

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Hospitalización

Responsable: Dr. José Páez Espín

Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Página 2 de 2

3	ACTIVIDADES DE CONTROL PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS	20	17,5	20,0%	87,5%	2,5	El Riesgo de existencia de actividades de control para minimizar los riesgos es bajo
	1. Análisis de la Dirección.	4	4	20,0%	20,0%	0	
	2. Proceso de la información	4	2	20,0%	10,0%	2	El proceso de información necesita controles
	3. Indicadores de rendimiento	3	2,5	15,0%	12,5%	0,5	Falta aplicar indicadores de rendimiento en el área
	4. Disposiciones legales puntuales	2	2	10,0%	10,0%	0	
	5. Criterios Técnicos de control interno	1	1	5,0%	5,0%	0	
	6. Estándares Específicos	2	2	10,0%	10,0%	0	
	7. Información generada	1	1	5,0%	5,0%	0	
	8. Rendimientos esperados	2	2	10,0%	10,0%	0	
	9. Otros criterios de control.	1	1	5,0%	5,0%	0	
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA TRANSPARENCIA	10	8,5	10,0%	85,0%	1,5	El riesgo es bajo
	1. Información en todos los niveles.	3	3	30,0%	30,0%	0	
	2. Datos fundamentales en los Estados Financieros	2	2	20,0%	20,0%	0	
	3. Herramientas para la Supervisión	2	1,5	20,0%	15,0%	0,5	No hay herramientas para la supervisión
	4. Información adicional y detallada	1	1	10,0%	15,0%	0	
	5. Comunicación de los objetivos de la organización	2	1	20,0%	15,0%	1	los objetivos no se comunican claramente
5	SUPERVISIÓN	10	7	10,0%	70,0%	3	El riesgo del subcomponente supervisión es bajo
	1. Monitoreo continuo por la administración	5	4	50,0%	40,0%	1	Es necesario monitoreo continuo por la administración
	2. Seguimiento interno	3	1	30,0%	10,0%	2	Hacen falta controles para mejorar el seguimiento interno
	3. Evaluaciones Externas	2	2	20,0%	20,0%	0	
TOTAL		100	81			19	

Realizado por: Hugo Fiallos

Supervisado por: Dra. Eugenia Camacho

Fecha de Evaluación: 18 de Diciembre 2006

En el entorno o ambiente de control y trabajo institucional se debe cumplir con la ponderación total de 50%, de acuerdo a la evaluación realizada el resultado es de 39,5 puntos que representa el 79% del total del componente, con una diferencia de 10,5 puntos de incumplimiento generado por la falta de aplicación del código de conducta y ética profesional, no cuentan con incentivos para el personal y falta evaluación del desempeño individual, las líneas de autoridad y la estructura funcional necesitan reestructurarse a fin de definir claramente las líneas de responsabilidad. Las falencias serán corregidas mediante la intervención inmediata de la jefatura del Servicio Médico de Hematología, a fin de que no se afecte la consecución de los objetivos institucionales. Es así como se identifican las falencias por sub-componentes de la siguiente forma:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✪ Integridad y Valores éticos	4
✪ Estructura organizativa	3,5
✪ Autoridad asignada y responsabilidad asumida	1
✪ Administración de los Recursos Humanos	1
✪ Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	1

El puntaje óptimo en la evaluación de riesgos para obtener los objetivos en el área es de 10, el resultado de la calificación es de 8,5 puntos que representa el 85% del total de la ponderación. Hay una diferencia de 1,5 puntos, errores causados por el desconocimiento de los objetivos institucionales, fallas y errores humanos, dichas falencias serán corregidas paulatinamente bajo un cronograma de actividades a fin de colaborar al logro de los objetivos; en los sub-componentes que se detecto falencias son:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Objetivos de las organizaciones	0,5
★ Riesgo potencial para la organización	1

Las actividades de control para minimizar los riesgos comprenden una ponderación total de 20, para el área se calificó con 17,5 puntos que significa el 87,5% del total del componente, obteniendo una diferencia de 2,5 puntos que se dio por falta de correcta información en los reportes presentados por parte del área, la carencia de indicadores de rendimiento que ayuden a interpretar con mayor precisión la gestión de la administración, y el incumplimiento de los rendimientos propuestos, impidiendo alcanzar los objetivos institucionales. Las deficiencias se muestran en con los siguientes sub-componentes:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Proceso de la información	2
★ Indicadores de rendimiento	0,5

La información y comunicación debe ponderarse en 10 puntos, no obstante se ha calificado con 8,5 que representa el 85% del total del componente, existiendo una diferencia de 1,5 puntos que implica la falta de diseño de herramientas para la supervisión, desconocimiento de los objetivos de la institución. Esto puede mejorarse distribuyendo la información horizontal y verticalmente, y diseñando herramientas para la supervisión, permitiendo informar y comunicar eficientemente los datos y resultados obtenidos, ayudando al logro de los objetivos. Dentro de los subcomponentes tenemos:

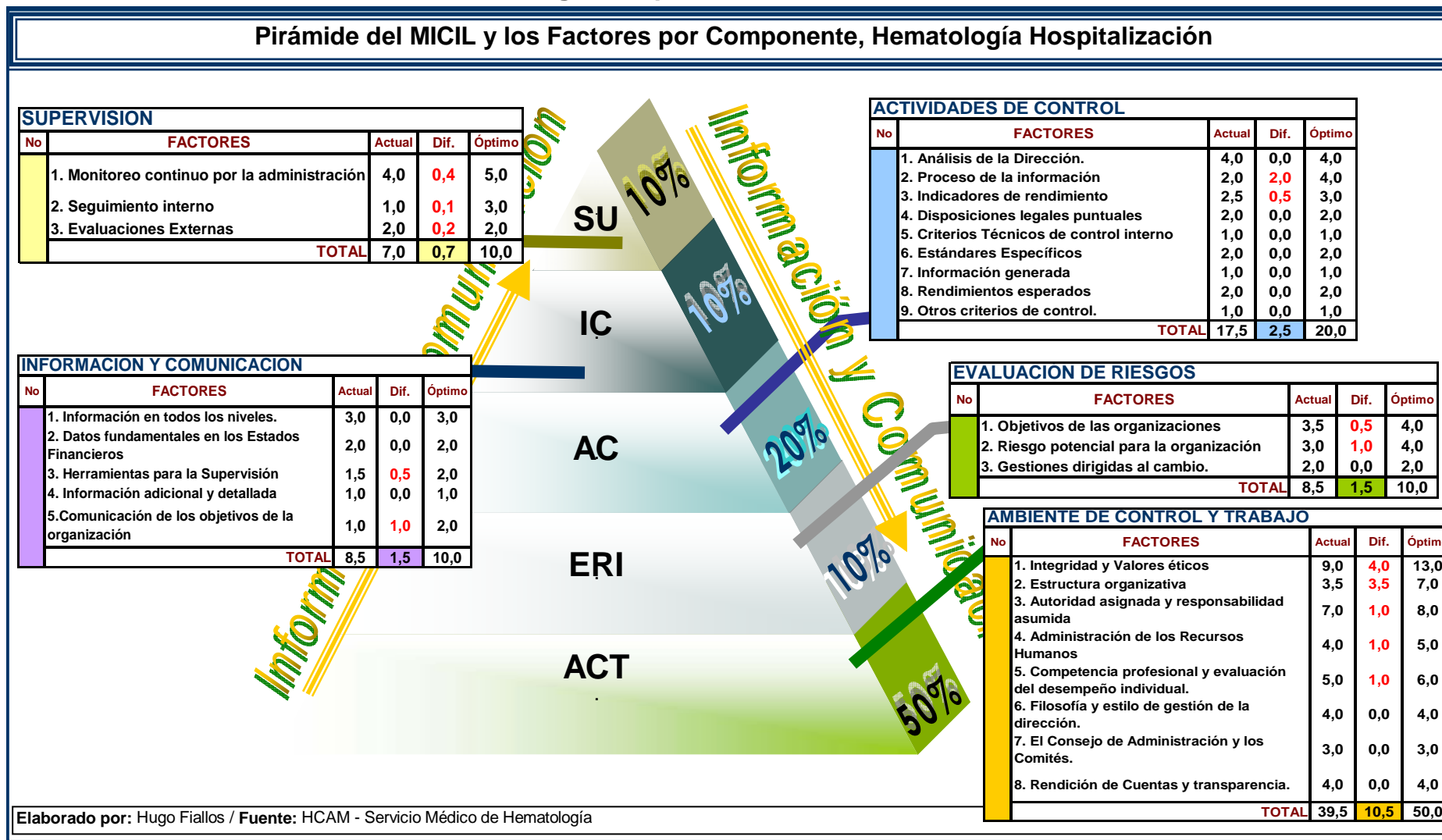
Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Herramientas para la Supervisión	0,5
★ Comunicación de los objetivos de la organización	1

La supervisión interna continua y externa periódica debe ser de 10 puntos, en el área de Hematología Hospitalización el resultado es de 7 puntos que representa el 70% del total del componente, teniendo una diferencia de 3 puntos que se deben al descuido de la administración para el seguimiento continuo y el monitoreo periódico del personal y las actividades que realizan dentro del Banco de Sangre. Dentro de los subcomponentes tenemos:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Monitoreo continuo por la administración	1
★ Seguimiento interno	2

A continuación en el gráfico 30. Se muestra visualmente a través de la pirámide del MICIL del área de Hematología Hospitalización, las diferencias resultado de las falencias detectadas en la evaluación de los componentes y subcomponentes del MICIL, se resaltan con color rojo.

5.2.11. Pirámide MICIL – Hematología Hospitalización.



5.3. Hematología Consulta Externa.

5.3.1. Diagnóstico y evaluación del control interno administrativo.

Siendo un área importante dentro del Servicio Médico de Hematología, la Consulta Externa es la encargada de atender de manera ambulatoria a los pacientes que presenten problemas de la sangre, por lo que es necesario que los procesos administrativos se ejecuten eficientemente.

Al evaluar el área de Consulta Externa se encontraron las siguientes falencias:

- ✧ Infraestructura insuficiente, ha causado que la demanda insatisfecha se encuentre en crecimiento dentro del área, produciendo retrasos en la atención.
- ✧ Estructura organizativa deficiente, líneas de autoridad mal definidas, son causantes de conflictos internos entre el personal médico y el de enfermería; desconociendo las responsabilidades que conforman parte de las funciones del personal dentro del área.
- ✧ No existe un sistema de información real sobre la existencia de fármacos e insumos disponibles dentro de la institución, causando desabastecimiento de dichos recursos y que la información no sea confiable.
- ✧ Profesionales desmotivados y saturados de trabajo, debido a la creciente demanda de pacientes con problemas hematológicos, causan atención de baja calidad dentro del área, lo que origina el descontento en los pacientes.
- ✧ No cumplen con el programa de capacitación anual, y hace falta incluir en dicho programa temas relacionados con atención al cliente y charlas de motivación.

El efecto que han causado dichos problemas se refleja en pacientes inconformes e insatisfechos con la atención que brinda el HCAM, lo que genera molestia y afecta a la reputación de la institución.

5.3.2. Naturaleza y funciones.

La Consulta Externa del Servicio Médico de Hematología se creó en base a la necesidad de brindar a los pacientes atención ambulatoria para tratar sus enfermedades de la sangre, emitir diagnósticos y administrar o recetar tratamientos clínicos que velen por su seguridad; así como para dar seguimiento a la evolución de los mismos.

La función que cumple la Consulta Externa de Hematología es la de atender a un paciente, crear o actualizar su ficha clínica, evaluarlo y revisarlo con el propósito de emitir un diagnóstico y brindar pronta solución a la molestia o enfermedad que lo aqueja.

5.3.3. Características.

La característica principal de la Consulta Externa de Hematología es que se brinda atención médica en dos consultorios a los pacientes que presentan problemas hematológicos.

Funciones especiales.

Entre otras características se encuentran las siguientes:

- ★ En el área se reciben a los pacientes, se revisan los síntomas, realizan exámenes de sangre y se define el diagnóstico y tratamiento a seguir.

- ★ También se realizan procedimientos clínicos de bajo riesgo para un paciente.

- ★ En Consulta Externa se atienden pacientes de consultas subsecuentes, a los cuales se les da seguimiento y verifica el proceso de evolución para analizar su evolución.

Asientos contables.

En el área de Consulta Externa, y en el Servicio Médico de Hematología no se maneja contabilidad, registro de transacciones contables o información financiera relacionada con la elaboración de los estados financieros. Se brinda atención al paciente y el departamento financiero del Hospital es el encargado de llevar la contabilidad y gestionar el proceso de facturación y cobro.

En el caso de que en el Servicio Médico se generen saldos que afecten significativamente a los estados financieros, se deberá soportar la información que generó el valor y aclarar por medio de las notas en los estados financieros el origen de dichos saldos.

Documentos y formas.

Dentro del área de Consulta Externa se manejan las siguientes formas y documentos.

Formas:

- ★ Hojas de solicitud para exámenes de laboratorio y de gabinete e imagenología.
- ★ Hojas membretadas para todo trámite que se origine en el área y requiere de la aprobación del jefe del Servicio Médico de Hematología.

Documentos:

- ★ Historias clínicas de los pacientes.

Bases de datos.

En el área de Consulta Externa se cuenta con un sistema informático donde consta la base de datos de los pacientes que son atendidos, el tipo de procedimientos realizados, el historial médico, datos generales del paciente.

Sin embargo dicha base de datos sirve como un medio de consulta, y no como una herramienta para generar informes de la gestión realizada por el área.

Es necesario actualizar el software para el manejo de la base de datos y depurar la base existente; a fin de poseer una herramienta automática que permita manipular la información generada para la elaboración de estadísticas e informes del servicio brindado a los pacientes.

Enlaces con otras áreas.

Dentro del área se mantienen relaciones internas con las áreas de Banco de Sangre, cuando se requieren auxiliares de diagnóstico de laboratorio o componente sanguíneos básicos en el tratamiento de las enfermedades de la sangre; y, con el área de Hospitalización, cuando el estado de un paciente amerita el ingreso en el área. Se enlaza con el departamento de facturación a través del sistema informático interno.

Mantiene relación con la totalidad de servicios médicos en el caso de que un paciente padezca de otras enfermedades que a su vez conllevan a que contraigan enfermedades de la sangre, por lo que las ínter consultas son frecuentes entre servicios médicos.

5.3.4. Objetivos del control interno administrativo.

Los objetivos que persigue el control interno administrativo para el área de Consulta Externa del Servicio Médico de Hematología son básicamente proveer de veracidad, oportunidad y confiabilidad en la información y procesos administrativos que son propias de la Consulta Externa; asegurando así la confiabilidad de la información de gestión, la mejora de la eficiencia y eficacia en las operaciones, la salvaguarda de los recursos que se utilizan y el cumplimiento de las disposiciones legales, normas y reglamentos diseñados para el desempeño óptimo del área.

Autorización.

El jefe del Servicio Médico de Hematología, como encargado de la administración del mismo, es el único responsable para aprobar y autorizar todos los trámites, documentos y procesos dentro del área por motivo de su aptitud, experiencia, y cargo desempeñado.

Debe delegarse a una persona de la confianza del jefe del servicio para que asuma la responsabilidad y funciones cuando se encuentre ausente; agilizando los trámites y desarrollando normalmente las actividades en su ausencia.

Procesamiento de transacciones.

El registro de las actividades desarrolladas dentro del área de Consulta Externa se origina cuando los pacientes ingresan al consultorio, verificando sus datos y el turno asignado, posterior a ello se ingresa en el sistema y se crea una ficha del paciente si es nuevo o se verifican sus antecedentes si es paciente subsecuente, se realiza la anamnesis y se evalúa su estado de salud y se emite un pre diagnóstico, si son necesarios auxiliares de diagnóstico se le pide que se los realice; y por último se determina el tratamiento que deberá seguir registrando el servicio prestado en el sistema.

Clasificación.

La información se registra en el sistema informático del área y no se clasifica.

Necesitan implementar un campo de referencia del tipo de paciente, otro para agruparlo dentro de un intervalo de edades, y uno para asignar una patología, así se poseerá información confiable y clasificada.

Verificación y evaluación.

Dentro del área de Consulta Externa, los médicos tratantes evalúan y verifican la información de los pacientes, y la de la entrega por el personal de enfermería. Mientras que el encargado de verificar el cumplimiento de las políticas y disposiciones legales, es el jefe del Servicio Médico de Hematología.

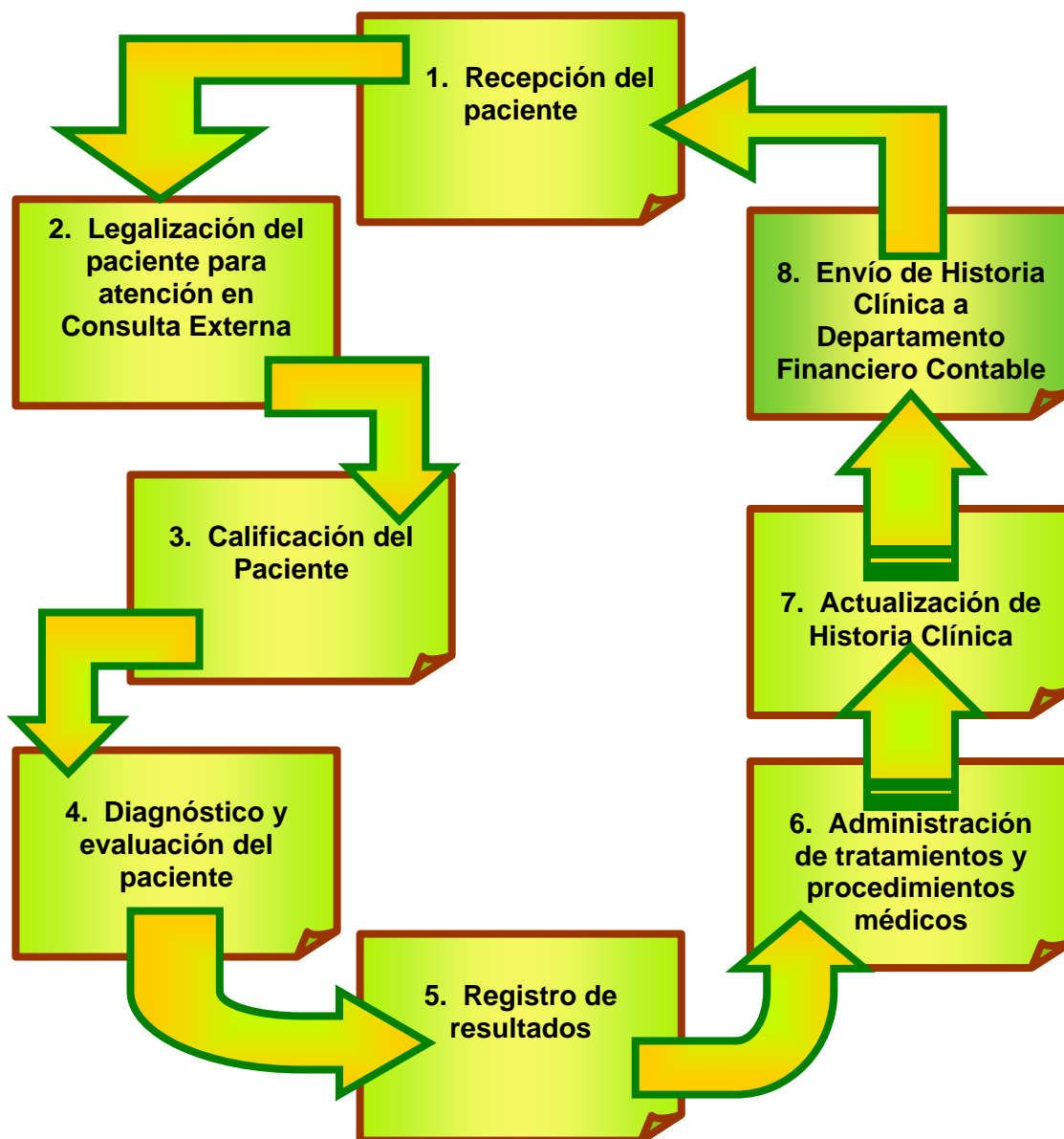
La evaluación del cumplimiento correcto de los procedimientos y actividades desarrolladas en el área está bajo la responsabilidad del jefe del Servicio Médico de Hematología. Dicha evaluación debe ser realizada periódicamente.

Protección física.

Los documentos generados dentro del área son archivados y enviados a la secretaria del Servicio Médico de Hematología para asignarlos bajo la responsabilidad de la secretaria del Servicio Médico. La atención que reciben los pacientes se almacena en el sistema.

5.3.5. Ciclo del Departamento de Hematología Consulta Externa.

GRÁFICO 31. Ciclo de Hematología Consulta Externa.



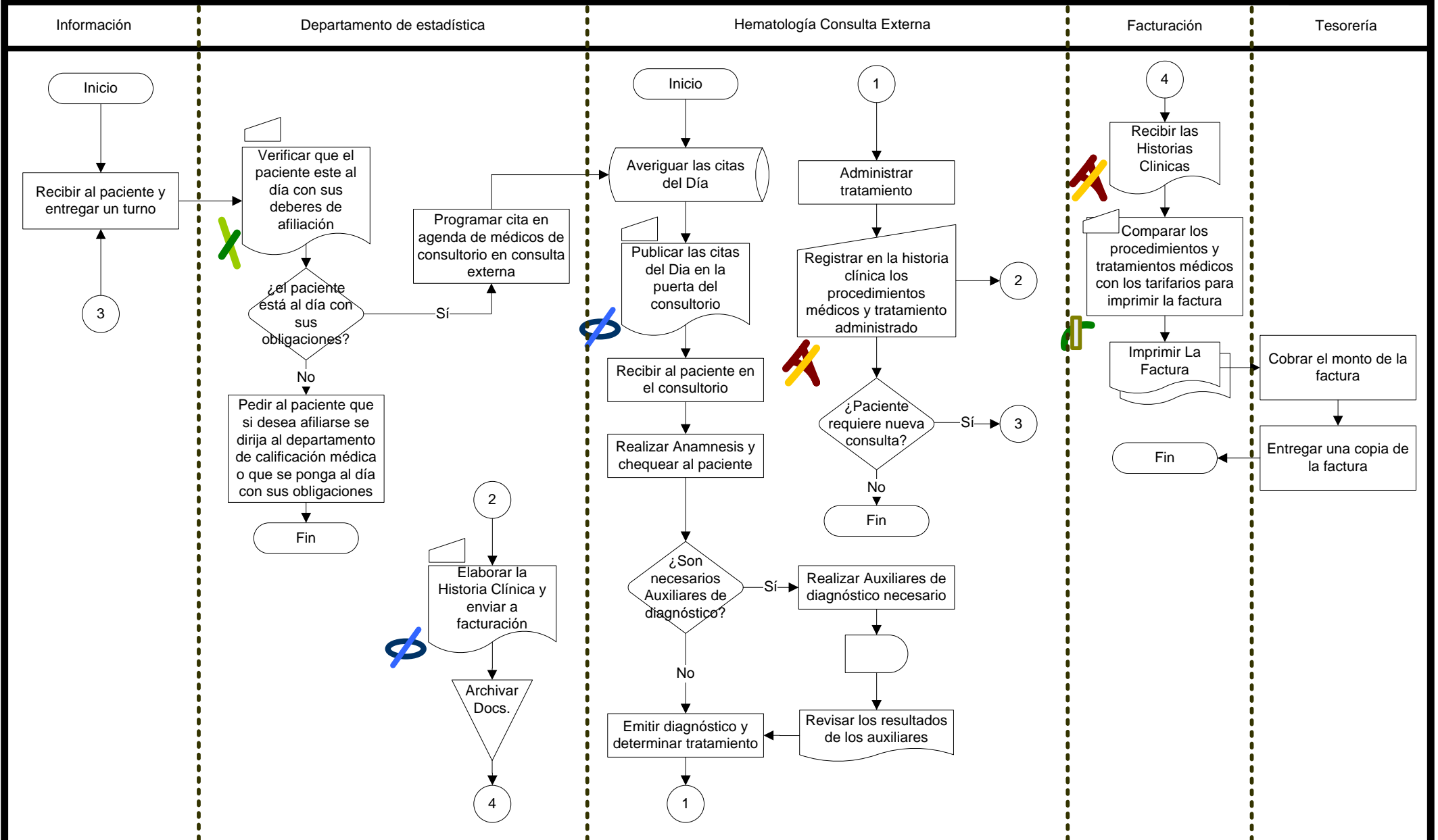
Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Consulta Externa

5.3.6. Diagrama de procesos (actual) – Hematología Consulta Externa.

HCAM – Servicio Médico de Hematología

Hematología Consulta Externa (HCE)

(ACTUAL)



Marcas de Auditoría



Repetición de proceso manual de registro, falta modernización



Elaboración manual de documento



Ineficiencia en proceso de cobro



Resultados de las pruebas en documentos elaborados manualmente

Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Consulta Externa

5.3.7. Debilidades detectadas.

Luego de haber revisado el diagrama de proceso de Hematología Consulta Externa, se ha detectado las siguientes debilidades:

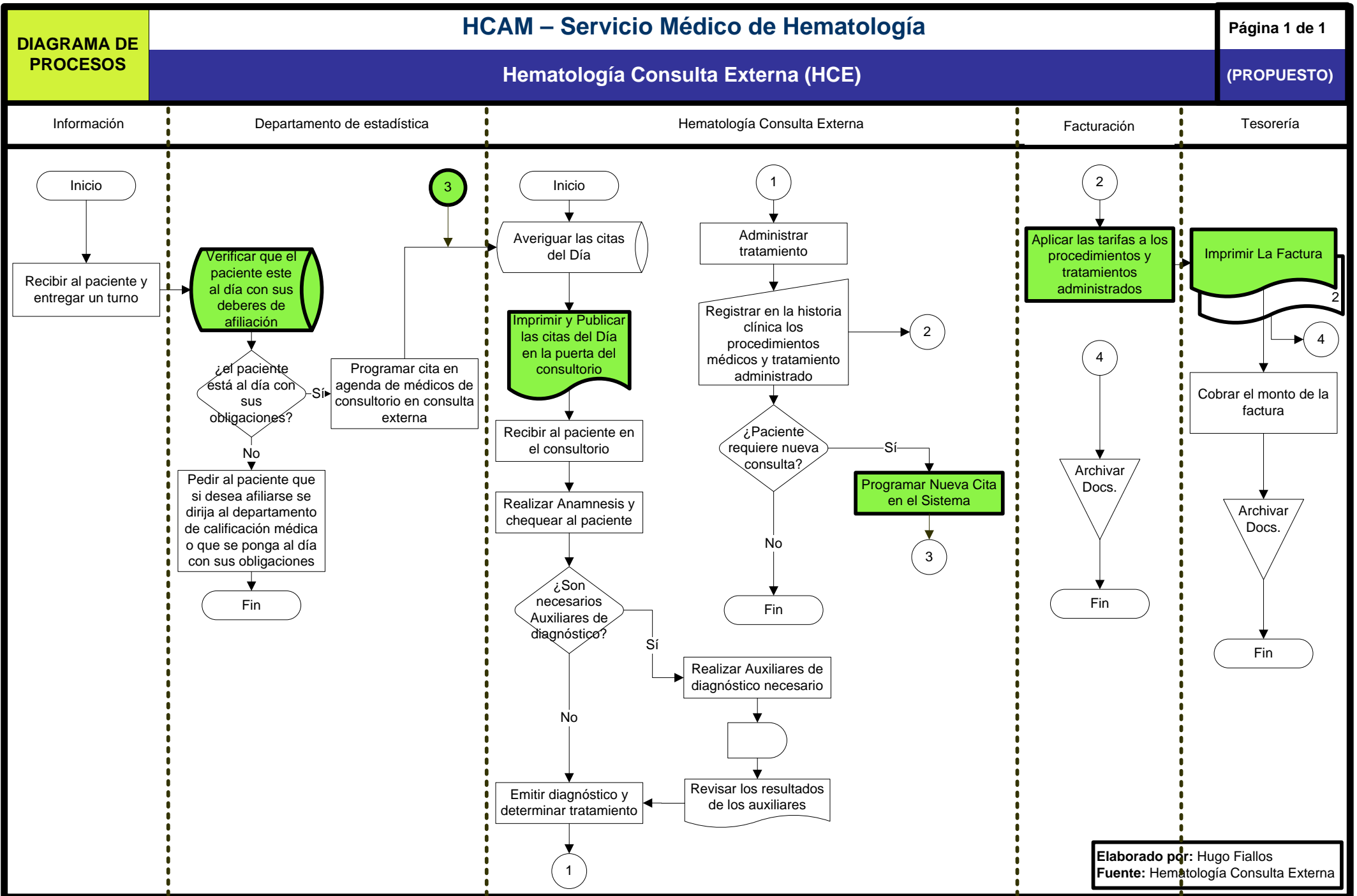
- ✦ La capacidad instalada dentro del área de Consulta Externa esta subutilizada, por lo que los dos consultorios existentes no abastecen la demanda de pacientes con problemas hematológicos.

- ✦ El proceso de ingreso del paciente a los consultorios es ineficiente, genera demora en el tiempo de la atención y complica el tiempo del personal médico que ha causa de la acumulación de trabajo, se fatiga y desmotiva.

- ✦ Tecnología desactualizada e insumos y medicamentos insuficientes, provocan mala atención al paciente y demuestran la necesidad de la modernización del área de Consulta Externa.

- ✦ Procesos manuales, han provocado que el registro de los datos sea repetitivo, y que la generación de la información dentro del área no facilite la toma de decisiones.

5.1.8. Diagrama de procesos (propuesto) Hematología Consulta Externa.



5.3.9. Propuesta del sistema de control interno.

El diseño de un sistema de control interno administrativo para Consulta Externa del Servicio Médico de Hematología, nos permitirá analizar las actividades en forma especializada y dar recomendaciones para su cumplimiento.

Componentes del sistema de control interno.

El Sistema de Control interno se encuentra conformado por los siguientes Componentes:

5.3.9.1. Ambiente de control.

Integridad y valores éticos.

El personal que conforma el área debe realizar sus actividades con ética, responsabilidad, honradez, profesionalismo, trabajo en equipo, y transparencia, para fomentar un ambiente de trabajo favorable para el logro de los objetivos institucionales.

Estructura organizativa.

Es necesario replantear la estructura organizativa del área de Consulta Externa para visualizar claramente las líneas de autoridad y definir las funciones que debe cumplir el personal del área.

Autoridad asignada y responsabilidad asumida.

El jefe del Servicio Médico de Hematología tiene la responsabilidad y autoridad competente y suficiente, para distribuir correctamente las actividades y funciones a realizar dentro del área de Consulta Externa por el personal que labora en la misma.

Administración de los recursos humanos.

El área requiere que el Jefe del Servicio Médico de Hematología ponga en práctica su conocimiento y experiencia, para guiar, y diseñar estrategias que motiven y actualicen los conocimientos del recurso humano que labora en Consulta Externa, preocupándose por su desarrollo profesional y personal.

Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.

Es necesario proponer dentro del plan de capacitación anual a más de temas relacionados con la profesión que actualicen conocimientos del personal; cursos de atención al cliente y charlas de motivación que promuevan en el personal demostrar sus capacidades con eficiencia y eficacia.

Deberán diseñar programas de evaluación permanente para calificar las capacidades del personal, y fomentar el estudio y constante actualización de conocimientos, así como para medir el desempeño y aporte del recurso humano en el alcance de los objetivos.

Filosofía y estilo de gestión de la dirección.

El jefe del Servicio Médico de Hematología, debe velar por la aplicación de las políticas y el cumplimiento de las leyes y reglamentos; para regular el desempeño normal de las actividades del área de Consulta Externa.

Deberá también diseñar manuales de procedimientos, protocolos médicos y nuevas políticas que viabilicen el funcionamiento adecuado del área.

El consejo de la administración y los comités.

Los comités existentes deberán reunirse periódicamente para que aporten con soluciones a las necesidades y requerimientos del área de Hospitalización.

También deberán evaluar los procedimientos que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de las operaciones del área

Rendición de cuentas y transparencia.

El área de Consulta Externa elabora periódicamente el resumen de las actividades que realiza a fin de transparentar las operaciones efectuadas y demostrar que los procesos y función que desempeña, se cumplen a cabalidad, apegándose a principios y valores documentados en el código de ética del Hospital.

5.3.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.

Objetivos de las organizaciones.

En el área de Consulta Externa deben aplicarse los procesos cumpliendo con las disposiciones reglamentarias y legales, permitiendo obtener información confiable dentro de los informes administrativos, que facilita la toma de decisiones oportunas para el logro de los objetivos.

Riesgos potenciales para la institución.

Los riesgos potenciales en el área de Hematología Consulta Externa son los siguientes:

Riesgos externos:

Instituciones que prestan servicios de salud eficientemente, que cuentan con tecnología actualizada y cuyos costos son razonables; representan una amenaza para el Servicio Médico de Hematología, ya que al tener una atención deficiente, se pueden perder pacientes, lo que representa pérdida de ingresos para la institución.

Riesgos internos.

Creciente demanda de pacientes con problemas hematológicos, e insuficiente infraestructura física en el área de Hospitalización, han causado que se realicen procedimientos médicos forzados en el área de Consulta Externa. Generando un riesgo en la atención brindada.

Personal de Enfermería que desconoce la autoridad del Servicio Médico de enfermería, no cumple a cabalidad con sus funciones, generando mala atención a los pacientes.

Procesos administrativos burocráticos motivan que los pacientes busquen otras instituciones de salud donde el servicio sea de mejor calidad y oportunamente.

Gestiones dirigidas al cambio.

Es necesario implantar una metodología de administración por procesos dentro del área de Consulta Externa, realizando la documentación de protocolos médicos por patología, procedimientos médicos clínicos, y tratamientos; que ayudarán al funcionamiento eficiente del área.

Facilitará el traspaso de conocimiento, y ayudará a aplicar métodos de evaluación que verifiquen el cumplimiento de los pasos a seguir en las atenciones prestadas.

5.3.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos.

Análisis de la dirección.

El jefe del Servicio Médico de Hematología es el responsable por evaluar los resultados obtenidos en el área de Consulta Externa con el propósito de establecer las directrices, políticas y normativa que enmarquen las actividades

que desarrollan dentro del área; minimizando los riesgos, y contribuyendo al logro de los objetivos institucionales.

Proceso de la información.

Registrar la información de la atención brindada a los pacientes diariamente, detallando claramente los procedimientos y tratamientos realizados, permite resumir la gestión del área en los informes estadísticos de la administración donde se detectan las deficiencias que ayudan para la toma de decisiones.

Indicadores de rendimiento.

Diseñar y aplicar indicadores de rendimiento que midan el desempeño del área, facilitarán cuantificar los resultados, convirtiéndose en una herramienta para la administración en la toma oportuna de decisiones.

Disposiciones legales puntuales.

Diseñar manuales de procesos, de funciones, documentar los protocolos médicos, y acatar las disposiciones legales y reglamentos internos; creará el marco legal ideal para el correcto funcionamiento del área.

Criterios técnicos de control interno.

Realizar reuniones periódicas con el personal del área, permitirá comunicar los objetivos a alcanzar y diseñar criterios que faciliten el cumplimiento de las recomendaciones propuestas por Auditoría, buscando alcanzar los objetivos del Hospital.

Estándares específicos.

Implementar formatos predefinidos para solicitar auxiliares de diagnóstico, ya sean estos exámenes de laboratorio o exámenes de imagenología y gabinete; los mismos que al ser llenados deberán contar con el sello de aprobación para que tengan validez.

Información generada.

El área de Consulta Externa elabora mensualmente un informe estadístico de la gestión del área donde constan el tipo de paciente, el tratamiento aplicado, y el número de atenciones realizadas.

Rendimientos esperados.

Deberán realizarse comparaciones estadísticas entre periodos, de preferencia mensualmente; para medir las variaciones mes a mes, cuantificando el desempeño del área en el alcance de los objetivos.

Otros criterios de control.

Establecer políticas, manuales y reglamentos por parte de las autoridades del Servicio Médico de Hematología, conjuntamente con los responsables de la Dirección técnica de Hospitalización y ambulatorio permitirá dar seguimiento continuo a las actividades de control y así reducir el riesgo para obtener los objetivos de la institucional.

5.3.9.4. Información y comunicación.

Dentro de este componente se deben tener en cuenta los siguientes sub-componentes:

Información en todos los niveles.

La información debe distribuirse y conocerse en todos los niveles, verticalmente con las posiciones jerárquicas superiores e inferiores; horizontalmente con las personas y departamentos que se encuentran en el mismo nivel dentro de la estructura organizativa; con el propósito de sensibilizar al personal sobre la necesidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos de la institución.

Datos fundamentales en los estados financieros.

Un elemento principal del componente información y comunicación son los estados financieros. Estos son el medio más conocido y divulgado para la presentación de los resultados de operación de una organización.

A través de las notas en los estados financieros deberá revelarse el saldo de las cuentas generadas en el área de Consulta Externa del Servicio Médico de Hematología, si afectan significativamente la interpretación de los mismos; generando confiabilidad en la información y transparencia en la presentación.

Herramienta para la supervisión.

Medir el grado de contribución al logro de objetivos, a través de un programa de evaluación por cumplimiento; cuestionarios de control interno, y evaluaciones de conocimientos periódicas, ayudarán para que el monitoreo del personal por parte de la administración mejore y aporte a cumplir eficientemente con los objetivos.

Información adicional y detallada.

La información detallada por tipo de patologías hematológicas; número de paciente que se enmarcan en el grupo; separar por tipo de afiliado, y agrupar por edades; servirá para la preparación de los informes administrativos del área; permitiendo presentar los resultados de las actividades desarrolladas de manera consolidada y clara, oportuna para tomar decisiones buscando alcanzar los objetivos del HCAM.

Comunicación de los objetivos de la organización.

La comunicación entre la dirección ejecutiva, el personal operativo y los usuarios o interlocutores externos, realizada en forma directa y sincera permite transmitir el mensaje en todos los ámbitos de la institución con transparencia.

5.3.9.5. Supervisión.

Monitoreo continuo por la administración.

Controlar las actividades y el cumplimiento de las funciones del personal dentro del área, facilitará guiar el camino a seguir para el cumplimiento de los objetivos, tomando decisiones oportunas y proveyendo la una certeza razonable en el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables a la elaboración de los informes administrativos.

Seguimiento interno.

Es necesario que se de seguimiento a las recomendaciones propuestas por la evaluación realizada; así como verificar su cumplimiento.

El jefe del Servicio Médico de Hematología deberá verificar el desempeño en la aplicación de la propuesta del sistema de control interno administrativo.

Evaluaciones externas.

La Contraloría General del Estado es la encargada de fiscalizar al Hospital Carlos Andrade Marín, sin embargo aplica pruebas de auditoría que se basan principalmente a la auditoría financiera cuyo enfoque no les habilita para evaluar la gestión de los servicios médicos y otras dependencias del Hospital.

Contratar los servicios profesionales expertos en el campo médico con conocimientos en auditoría y control interno a fin de tener un punto de vista diferente de un tercero y poder identificar claramente las falencias y plantear soluciones.

5.3.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Hematología Consulta Externa.

TABLA 13. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología Consulta Externa.

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Consulta Externa
Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Responsable: Dr. José Páez Espín

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN POR EL MÉTODO MICIL (MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA)							
No	PROCEDIMIENTOS	Ponderación Total	Calificación Total	% CT Vs. PT		Diferencia PT - CT	Observaciones
				%PT	%CT		
1	AMBIENTE DE CONTROL Y TRABAJO INSTITUCIONAL	50	49	50,0%	98,0%	1	El ambiente de control y trabajo dentro de Consulta Externa tiene un riesgo bajo
	1. Integridad y Valores éticos	13	13	26,0%	26,0%	0	
	2. Estructura organizativa	7	6	14,0%	12,0%	1	La estructura organizativa es ineficiente
	3. Autoridad asignada y responsabilidad asumida	8	8	16,0%	16,0%	0	
	4. Administración de los Recursos Humanos	5	5	10,0%	10,0%	0	
	5. Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	6	6	12,0%	12,0%	0	
	6. Filosofía y estilo de gestión de la dirección.	4	4	8,0%	8,0%	0	
	7. El Consejo de Administración y los Comités.	3	3	6,0%	6,0%	0	
	8. Rendición de Cuentas y transparencia.	4	4	8,0%	8,0%	0	
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS	10	8	10,0%	80,0%	2	La evaluación del sub-componente indica un riesgo bajo
	1. Objetivos de las organizaciones	4	3	40,0%	30,0%	1	Los objetivos no se cumplen
	2. Riesgo potencial para la organización	4	3	40,0%	30,0%	1	No se mide el riesgo pontencial con herramientas
	3. Gestiones dirigidas al cambio.	2	2	20,0%	20,0%	0	

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Consulta Externa
Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Responsable: Dr. José Páez Espín

Página 2 de 2

3	ACTIVIDADES DE CONTROL PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS	20	16	20,0%	80,0%	4	Los riesgos en las actividades de control son bajos
	1. Análisis de la Dirección.	4	4	20,0%	20,0%	0	
	2. Proceso de la información	4	2	20,0%	10,0%	2	El proceso de la información no es adecuado
	3. Indicadores de rendimiento	3	1,5	15,0%	7,5%	1,5	No se aplican indicadores que evalúen el rendimiento del área
	4. Disposiciones legales puntuales	2	2	10,0%	10,0%	0	
	5. Criterios Técnicos de control interno	1	1	5,0%	5,0%	0	
	6. Estándares Específicos	2	2	10,0%	10,0%	0	
	7. Información generada	1	1	5,0%	5,0%	0	
	8. Rendimientos esperados	2	1,5	10,0%	7,5%	0,5	No se cumplen los rendimientos propuestos
	9. Otros criterios de control.	1	1	5,0%	5,0%	0	
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA TRANSPARENCIA	10	8,5	10,0%	85,0%	1,5	La información y comunicación poseen un riesgo bajo que permite fomentar la transparencia
	1. Información en todos los niveles.	3	2	30,0%	20,0%	1	La información no llega a todos los niveles
	2. Datos fundamentales en los Estados Financieros	2	2	20,0%	20,0%	0	
	3. Herramientas para la Supervisión	2	1,5	20,0%	15,0%	0,5	Hacen falta herramientas para la supervisión
	4. Información adicional y detallada	1	1	10,0%	15,0%	0	
	5. Comunicación de los objetivos de la organización	2	2	20,0%	15,0%	0	
5	SUPERVISIÓN	10	9	10,0%	90,0%	1	El subcomponente supervisión tiene una calificación de riesgo baja
	1. Monitoreo continuo por la administración	5	4	50,0%	40,0%	1	Es necesario realizar periódicamente el monitoreo
	2. Seguimiento interno	3	3	30,0%	30,0%	0	
	3. Evaluaciones Externas	2	2	20,0%	20,0%	0	
TOTAL		100	90,5			9,5	

Realizado por: Hugo Fiallos

Supervisado por: Dra. Eugenia Camacho

Fecha de Evaluación: 18 de Diciembre 2006

En el entorno o ambiente de control y trabajo institucional se debe cumplir con la ponderación total de 50 puntos, la evaluación realizada a Hematología Consulta Externa tiene como resultado 49 puntos que representa el 98% del total del componente, con una diferencia de 1 punto de incumplimiento generado por la mala definición de la estructura organizativa que necesita redefinirse a fin de direccionar las líneas de autoridad y aclarar las funciones del personal. Así se identifican las falencias por sub-componentes:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Estructura organizativa	1

El puntaje óptimo en la evaluación de riesgos para obtener los objetivos es de 10 puntos, el resultado de la calificación es de 8 puntos que representa el 80% del total de la ponderación. Hay una diferencia de 2 puntos, errores causados por el desconocimiento de los objetivos institucionales, e indicadores que faciliten la medición del riesgo para obtener los objetivos. En los sub-componentes se detecto falencias son:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Objetivos de las organizaciones	1
✦ Riesgo potencial para la organización	1

Las actividades de control para minimizar los riesgos comprenden una ponderación total de 20 puntos, para el área se calificó con 16 puntos que significa el 80% del total del componente, obteniendo una diferencia de 4 puntos que se debe a la falta de procesos que viabilicen el flujo de la información, la carencia de indicadores de rendimiento, y el incumplimiento de los rendimientos

esperados. Las deficiencias se muestran en con los siguientes sub-componentes:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Proceso de la información	2
✦ Indicadores de rendimiento	1,5
✦ Rendimientos esperados	0,5

La información y comunicación adecuada en el área se pondera en 10 puntos, no obstante se ha calificado con 8,5 que representa el 85% del total del componente, existiendo una diferencia de 1,5 puntos que implica la falta de diseño de herramientas para la supervisión, desconocimiento de los objetivos de la institución. Esto puede mejorarse distribuyendo la información horizontal y verticalmente, y diseñando herramientas para la supervisión, permitiendo informar y comunicar eficientemente los datos y resultados obtenidos, ayudando al logro de los objetivos. Dentro de los subcomponentes tenemos:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Información en todos los niveles.	1
✦ Herramientas para la Supervisión	0,5

La supervisión interna continua y externa periódica se califica sobre 10 puntos, en el área el resultado es de 9 puntos que representa el 90% del total del componente, teniendo una diferencia de 1 puntos que se deben a la falta de monitoreo y seguimiento por parte de la administración. Dentro de los subcomponentes tenemos:

Factores

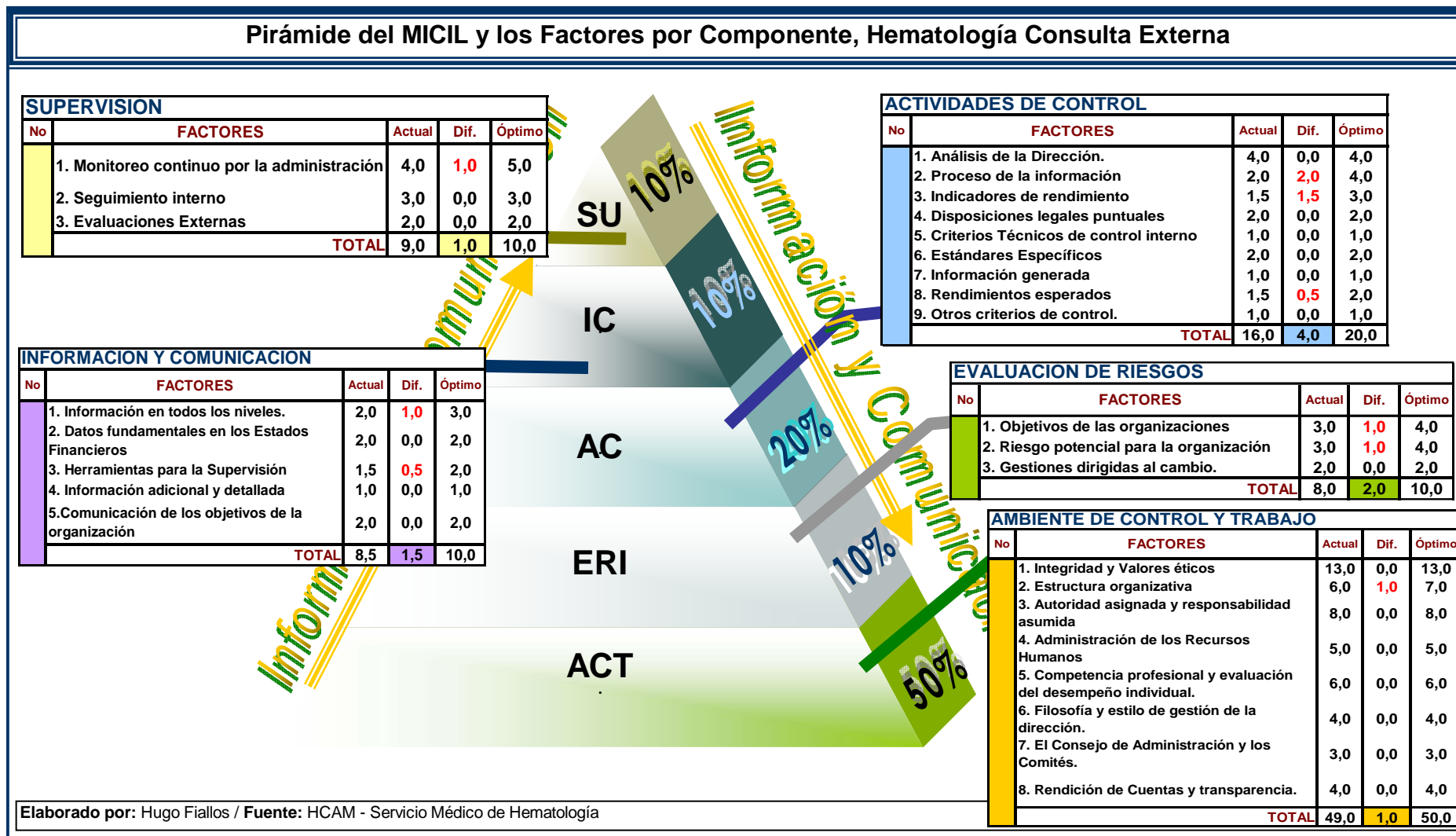
Diferencia
(PT-CT)* Pts.

- ★ Monitoreo continuo por la administración

1

A continuación en el gráfico 31. Se muestra visualmente a través de la pirámide del MICIL del área de Hematología Consulta Externa, las diferencias resultado de las falencias detectadas en la evaluación de los componentes y sub-componentes del MICIL, se resaltan con color rojo.

5.3.11. Pirámide MICIL – Hematología Consulta Externa.



CAPÍTULO VI.

6. DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO PARA LOS INFORMES DE GERENCIA O ADMINISTRACIÓN.

En este capítulo se encuentra el análisis realizado al proceso y actividades especializadas que se utilizan para la elaboración de los informes de la administración o informes gerenciales.

Se analizarán cada uno de los factores y sub factores que propone el método MICIL, evaluando el control interno, llegando a emitir un diagnóstico que servirá para el diseño del sistema de control interno aplicable a los informes.

6.1. Servicio Médico de Hematológica.

6.1.1. *Diagnóstico y evaluación de informes administrativos.*

El Servicio Médico de Hematología presenta deficiencias de control interno en el proceso de elaboración de los informes administrativos que se detallan a continuación:

- ✦ Falta información en los informes, lo que ocasiona que estén incompletos, sin detalle de las actividades y con información que no es confiable, ocasionando que las decisiones no sean las adecuadas para corregir las falencias dentro del área, impidiendo el alcance de los objetivos de la institución.
- ✦ No cuentan con la tecnología y software informático adecuado para manipular la información de las áreas del Servicio Médico de Hematología, impidiendo consolidar la información y evaluar conjuntamente las áreas de Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa.
- ✦ No cuentan con un formato estándar para la presentación de la información, lo que causa ausencia de datos en los informes, desorganización dentro del servicio, dificultando el análisis por parte de la administración.

- ✧ No existe un sistema de comunicación eficiente tanto internamente como fuera del Servicio Médico de Hematología, provocando que la información o requerimientos de otras dependencias del HCAM no sean oportunas, dificultando el cumplimiento y análisis de las expectativas propuestas en los objetivos de la institución.

6.1.2. Naturaleza y funciones.

El Servicio Médico de Hematología cumple la función de atender a los paciente que poseen enfermedades y problemas de la sangre, así como de servir como un administrador de la sangre, los componentes y productos que de está se obtienen.

6.1.3. Características.

El Servicio Médico de Hematología del HCAM, es el único reconocido como tal; dentro de la red de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por lo que se caracteriza por brindar atención médica especializada en el campo de la Hematología.

Funciones especiales.

Está en la obligación de generar informes gerenciales de gestión de cada una de las áreas bajo su administración, para entregarlos en las direcciones administrativas superiores.

El Servicio Médico de Hematología es el encargado de la administración de las áreas de Banco de Sangre, Hematología Hospitalización y Hematología Consulta Externa; deberá:

- ✧ Velar por el desempeño eficaz y eficiente de las actividades dentro de las áreas.
- ✧ Proveer de los recursos y materiales que las áreas requieran.

- ★ Evaluar la gestión de cada una de las áreas, identificar falencias y tomar decisiones para corregirlas.

Asientos contables.

Cuando existan en los estados financieros saldos importantes que afecten significativamente el resultado de los mismos, y que sean provenientes del Servicio Médico de Hematología. Será necesario incluir una nota en los estados financieros para aclarar el origen de dichos saldos.

Documentos y formas.

Los documentos y formas usadas dentro del Servicio Médico de Hematología, en el proceso de la elaboración de los informes administrativos son los siguientes:

Formas:

- ★ Ordenes de compra de bienes y servicios.

Documentos:

- ★ Banco de Sangre: Informe administrativo estadístico del área, donde se presenta un resumen mensual de la atención por tipo de donantes, número de pruebas y exámenes realizados; y número de hemocomponentes producidos y despachados.
- ★ Hospitalización: Informe administrativo estadístico del área, donde se presenta un resumen mensual de la atención por tipo de pacientes y el tipo de atención brindada.

- ✪ Consulta Externa: Informe administrativo estadístico del área, donde se presenta un resumen mensual de la atención por tipo de pacientes y el tipo de atención brindada.

Bases de datos.

El área de Consulta Externa cuenta con una base de datos cuyo manejo es referencial, sin acceso a la información para manipularla y básicamente diseñada para llevar la historia clínica.

Necesitan un sistema informático que maneje una base de datos consolidada, donde se encuentre la información de cada área dentro del Servicio Médico.; con opción a que dicha información se pueda manipular con la respectiva seguridad, por el jefe del Servicio Médico para que se utilice en la elaboración de los informes administrativos.

Enlaces con otras áreas.

Internamente los enlaces se encuentran establecidos con las áreas del Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa; recibiendo la información generada en cada área, administrando los recursos dentro de ellas y tomando decisiones para el correcto funcionamiento del Servicio Médico.

Tiene enlace con otros servicios médicos cuando es necesario realizar ínter consultas o cuando se solicitan pruebas hematológicas y hemocomponentes.

Mantiene relaciones directas con la dirección de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, resultado de administrar el Banco de Sangre y sus operaciones; también con la dirección de Hospitalización y Ambulatorio, por las áreas de Hospitalización y Consulta Externa del Servicio Médico de Hematología. Con las direcciones se mantiene una relación netamente de rendición de cuentas y entrega de los informes estadísticos producto de la atención en cada área.

6.1.4. Objetivos del control interno administrativo.

Para la consecución eficiente de los objetivos institucionales a través de la elaboración de los informes administrativos, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

Autorización.

El jefe del Servicio Médico de Hematología o una persona de su confianza en su ausencia, deben ser los responsables para aprobar y autorizar los trámites, documentos y procesos dentro del área.

Procesamiento de transacciones.

Las operaciones realizadas dentro del Servicio Médico son registradas en libros de registro, donde constan todas las actividades que se han realizado, todo documento recibido y enviado debe ser archivado y debidamente organizado para contar con el respaldo respectivo de las actividades que se realizan.

Los informes administrativos estadísticos que se reciben de las áreas del Servicio Médico de Hematología, son documentados, archivados y transcritos por la secretaria del Servicio Médico de Hematología, corriendo un riesgo de registro, generando ineficiencia y recibiendo información con retraso.

Clasificación.

Los informes administrativos son clasificados por áreas del Servicio Médico; manejados independientemente y divididos principalmente por tipo de atención, tipo de donantes, las cantidades de los mismos.

Es necesario que se interprete cada uno de dichos informes y que se identifiquen los procedimientos y patologías más comunes, los productos solicitados con mayor frecuencia, las edades de los pacientes y donantes con mayor

conurrencia al Servicio Médico y que todo se resume en un informe resumen consolidando las áreas del Servicio Médico.

Verificación y evaluación.

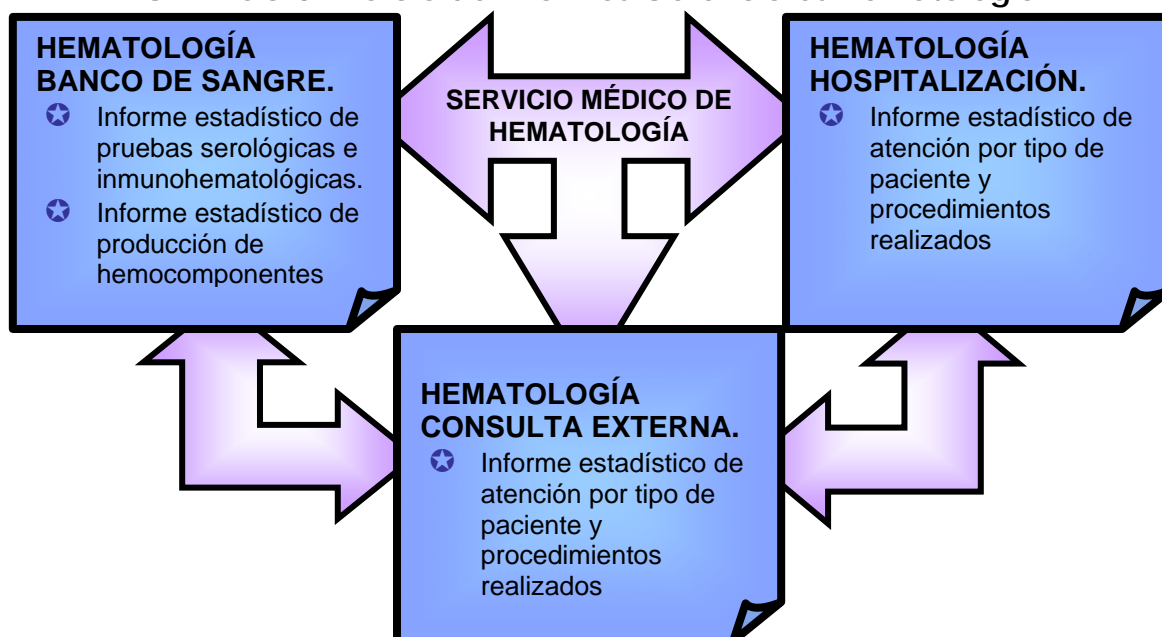
La totalidad de la información, documentos e informes administrativos generados dentro del Servicio Médico, son aprobados y revisados por el jefe del Servicio Médico de Hematología, constatando su correcta elaboración y cumplimiento de disposiciones legales, controlando de esta forma la integridad y confiabilidad de la información.

Protección física.

Los informes de la administración son archivados en una carpeta individual y custodiados por la secretaria del Servicio Médico de Hematología, responsabilizada por llevar el control de los trámites dentro del servicio y del archivo de documentos.

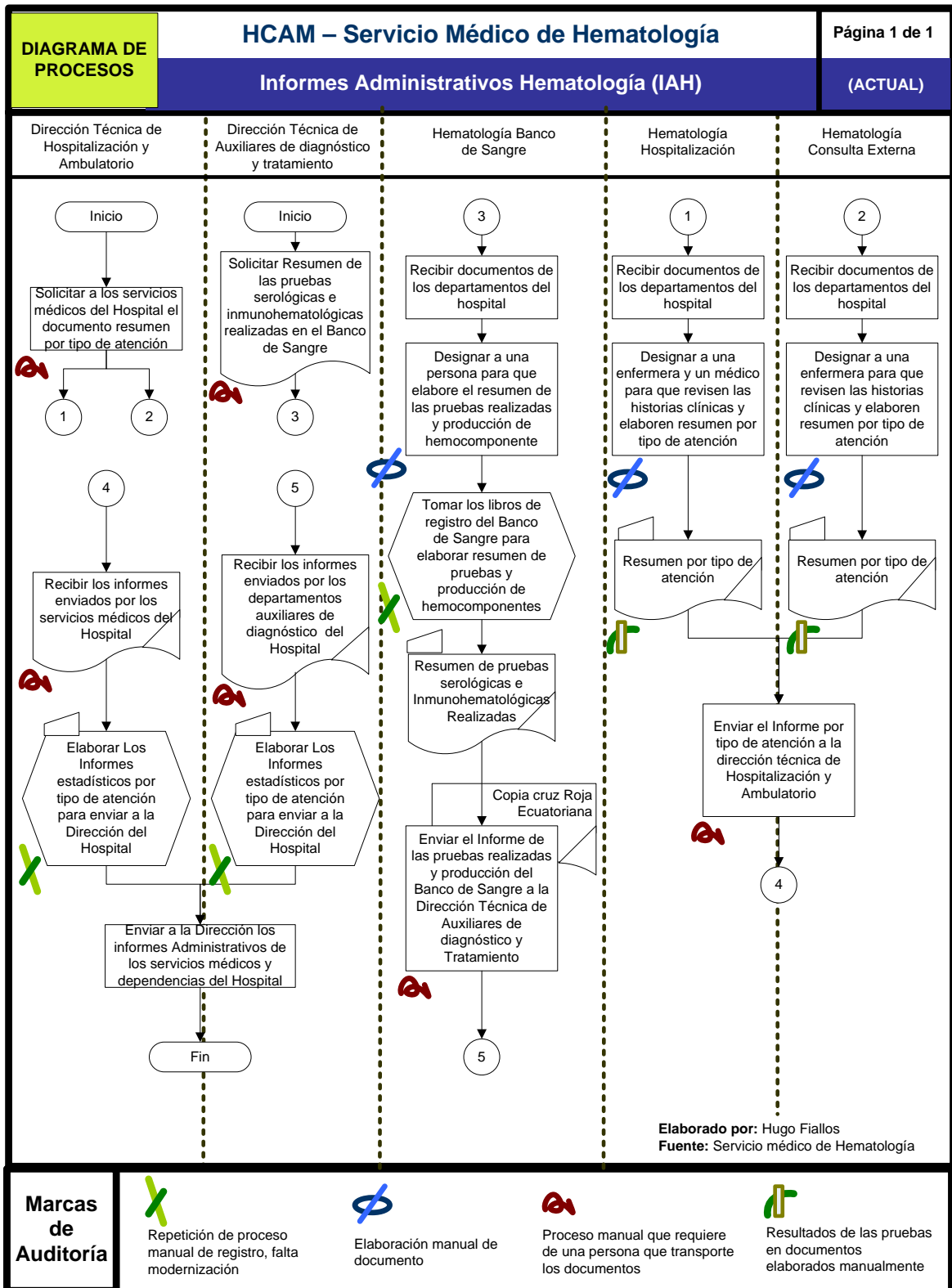
6.1.5. Ciclo de Informes Gerenciales Hematología.

GRÁFICO 32. Ciclo de Informes Gerenciales Hematología.



Elaborado por: Hugo Fiallos
Fuente: Hematología Banco de Sangre

6.1.6. Diagrama de procesos (actual) – Informes Administrativos.

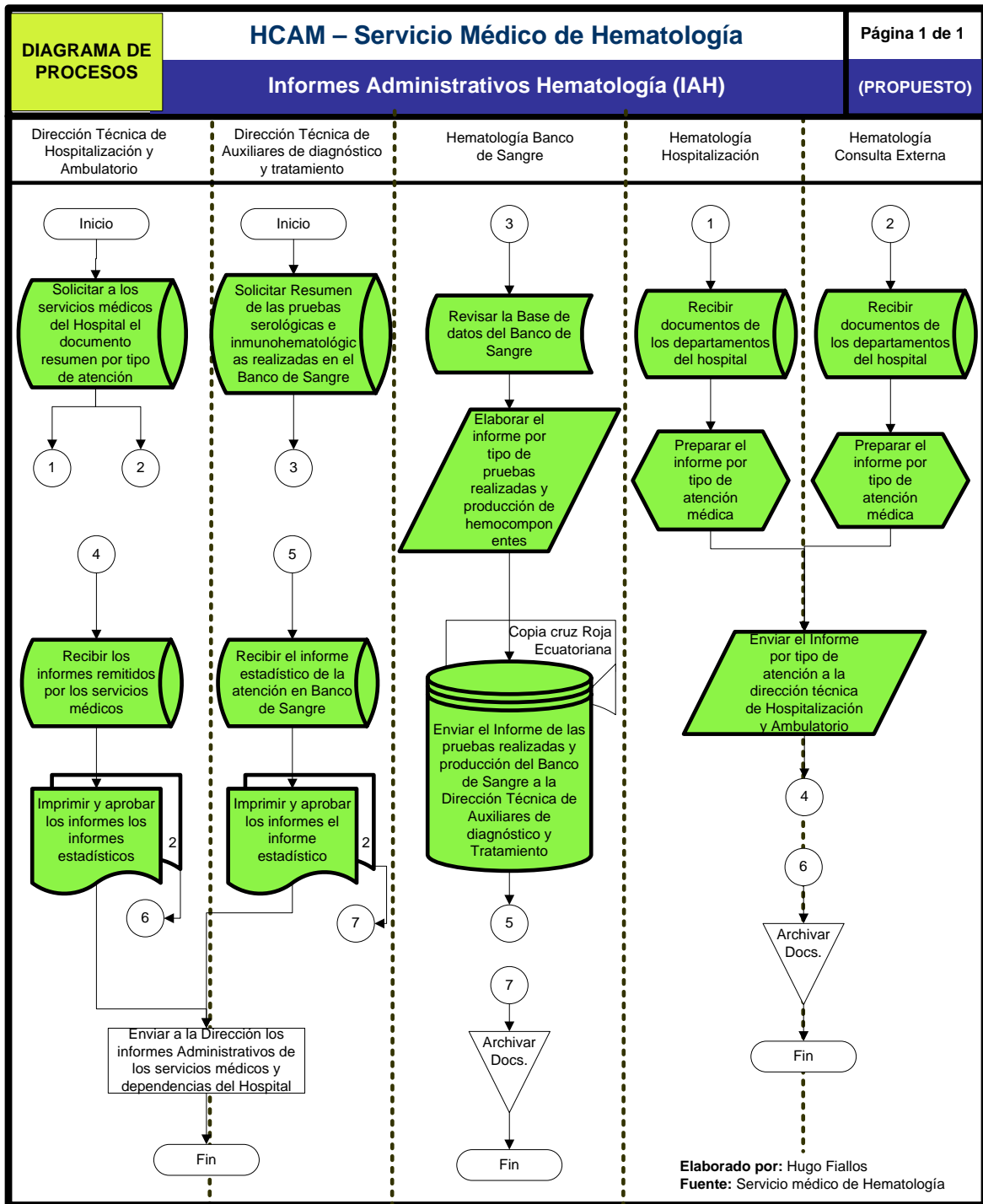


6.1.7. Debilidades detectadas.

Luego de haber revisado el diagrama de proceso de Hematología Hospitalización, se ha detectado las siguientes debilidades:

- ✦ Los procesos manuales repetitivos han generado procesos ineficientes en el registro y tratamiento de la información, perjudicando la elaboración de los informes administrativos de la gerencia.
- ✦ Personal mal utilizado en labores que no corresponden a las funciones, responsabilidades y facultades del personal que interviene en el proceso de informes gerenciales.
- ✦ La desactualización de tecnología y equipos han causado que los procesos se realicen manualmente, generando retrasos y demora en el proceso de elaboración de los informes.
- ✦ Información insuficiente para desarrollar informes detallados que ayuden a identificar falencias y brindar soluciones.

6.1.8. Diagrama de procesos propuesto.



6.1.9. Propuesta del sistema de control interno.

El sistema de control interno servirá para mejorar el proceso de elaboración de los informes administrativos que se generan dentro del Servicio Médico de Hematología, mediante el análisis de las actividades especializadas; a continuación se detallarán los componentes del sistema.

Componentes del sistema de control interno.

El Sistema de Control interno se encuentra conformado por los siguientes Componentes.

6.1.9.1. Ambiente de control.

Integridad y valores éticos.

Cumplir el código de ética del Hospital a cabalidad ayudará para la transparencia en la presentación de los informes administrativos.

Deben realizarse los procedimientos y actividades dentro del Servicio Médico trabajando en equipo, proactivamente, con honestidad y responsabilidad; fomentando un ambiente agradable de trabajo. Facilitando el camino que permitirá lograr los objetivos institucionales propuestos.

Estructura organizativa.

Es necesario reestructurar las líneas de autoridad, debido a que no se visualiza en el organigrama estructural el Servicio Médico de Hematología, lo que genera desconocimiento de las atribuciones que tiene el jefe del servicio.

Autoridad asignada y responsabilidad asumida.

El Jefe del Servicio Médico de Hematología es el responsable por la correcta administración del servicio, y al ser la autoridad encargada; debe velar por la correcta elaboración de los informes de gestión, puesto que llevan su firma.

Administración de los recursos humanos.

Es necesario contratar una persona que se encargue de administrar el recurso humano debido a que el jefe del servicio desempeña una multiplicidad de funciones, requiriendo el apoyo de una persona que maneje al personal, vele por el desarrollo profesional y personal del mismo, lo motive y lo conduzca a trabajar eficientemente para lograr los objetivos.

Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.

El jefe del Servicio Médico de Hematología debe actualizar constantemente sus conocimientos, siendo el médico con mayor experiencia y conocimiento dentro del servicio.

Es evaluado por las direcciones técnicas de Hospitalización y ambulatorio; y, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que miden el desempeño del Servicio Médico, la eficiencia en la atención que brindan, y otros aspectos como calidad de atención, número de pacientes atendidos, entre otros.

Filosofía y estilo de gestión de la dirección.

El jefe del Servicio Médico de Hematología, debe velar por la aplicación de las políticas y el cumplimiento de las leyes y reglamentos dentro del área de Consulta Externa.

Deberá también diseñar manuales de procedimientos, y políticas que faciliten la elaboración de los informes gerenciales, buscando siempre el alcance de los objetivos de la institución. .

El consejo de la administración y los comités.

Los comités existentes deberán reunirse periódicamente para que aporten con soluciones a las necesidades y requerimientos del área de Hospitalización.

También deberán evaluar los procedimientos que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de las operaciones del área

Rendición de cuentas y transparencia.

La elaboración de los informes gerenciales debe realizarse apegándose a las disposiciones legales y reglamentarias, contando con la documentación de soporte suficiente y competente; para fomentar la transparencia en el desarrollo de las actividades y demostrar que los procesos y actividades se desarrollan de la mejor manera.

6.1.9.2. Evaluación de riesgos para obtener los objetivos.

Objetivos de las organizaciones.

Es necesario crear una cultura organizacional enfocada por procesos que busque la calidad del servicio, y asuma sus funciones y responsabilidades como un reto. Implementando un cronograma donde se comuniquen los objetivos que busca la institución y el Servicio Médico, poniendo a la vista la visión y misión del HCAM.

Permitiendo alcanzar los objetivos de la organización, cumpliendo con las leyes, principios y reglamentos, elaborando informes administrativos confiables y transparentes que permitan tomar decisiones y cumplir con los objetivos institucionales.

Riesgos potenciales para la institución.

Los riesgos potenciales para la institución, que pueden interferir con el desarrollo del Servicio Médico de Hematología, y afectar la realización de los informes administrativos que son la base para la toma de decisiones en la búsqueda del logro de los objetivos son:

Riesgos externos:

Factor político inestable. El HCAM es una institución pública dependiente del IESS. Con nuevos representantes en el gobierno las cuotas políticas imponen plazas de empleo en las instituciones del estado, creando una cadena de cambio en las instituciones relacionadas. Afectando al HCAM con cambio del director del Hospital y consecuentemente el de los jefes de los servicios médicos; discontinuando la administración; destruyendo los avances en algunos casos, cambiando el estilo de la gestión en otros.

Pobreza, desempleo y subempleo no permiten que gran parte de la población dispongan de recursos económicos o se encuentren afiliados al IESS; por lo que las personas no pueden acceder al servicio de atención médica lo que representa menos ingresos para la institución.

Propagación de enfermedades de la sangre, el creciente número de pacientes que presentan enfermedades hematológicas (VIH, Anemias, Leucemias, Trastornos de coagulación, Hepatitis, entre otras.) esta incrementando la demanda de atención médica especializada como la que brinda el HCAM. Al no aprovechar la infraestructura física, contar con un servicio de atención mediocre, y tener procesos ineficientes. Esta en riesgo la institución y la población.

Riesgos internos.

Debe existir comunicación permanente entre el personal para que se sientan involucrados con la institución y conozcan el rol que desempeñan, evitando el acometimiento de errores en el cumplimiento de los procesos y disposiciones legales, que pueden ocasionar una observación por parte del ente regulador, Contraloría General del Estado.

Deberán diseñar un sistema informático propio, con los requerimientos de la institución, que interconecte las dependencias y servicios médicos del Hospital, de fácil uso e interactivo con el usuario final; facilitará mejorar la eficiencia en la atención y brindará la herramienta que requiere la administración para elaborar los informes administrativos y financieros. Corrigiendo los trámites burocráticos e ineficiencia que es característica de gran parte de instituciones del estado.

Gestiones dirigidas al cambio.

Se deberá implantar una metodología de administración por procesos dentro del Servicio Médico de Hematología, realizando la documentación de protocolos médicos por patología, tratamientos, levantamiento de procesos; que ayudarán al funcionamiento eficiente del área, el traspaso de conocimiento, ayudando a aplicar métodos de evaluación que verifiquen el cumplimiento de los pasos a seguir en las atenciones prestadas y en el desarrollo de los procesos administrativos. Facilitando la elaboración de los informes administrativos.

6.1.9.3. Actividades de control para minimizar los Riesgos

Análisis de la dirección.

El jefe del Servicio Médico de Hematología deberá evaluar los resultados obtenidos en el área de Consulta Externa, analizando la documentación generada, planteando soluciones y precisando las directrices que guíen las

operaciones dentro de Hospitalización; ayudando así a mejorar la atención brindada a los pacientes beneficiando a la institución.

Proceso de la información.

Los informes estadísticos presentados por la administración del Servicio Médico de Hematología, por sus tres áreas; son presentados mensualmente, debido a que se requiere de la acumulación de datos para que pueda obtenerse información real.

Indicadores de rendimiento.

Diseñar y aplicar indicadores de rendimiento propios del área, permitirá cuantificar el desempeño del Servicio Médico en su conglomerado, midiendo el grado de aporte con el cumplimiento de objetivos de la institución.

Disposiciones legales puntuales.

Se debe cumplir con las leyes y la reglamentación establecida para el desarrollo normal de las actividades y la correcta elaboración de los informes administrativos que son la base para la toma de decisiones.

Criterios técnicos de control interno.

El Servicio Médico de Hematología deberá reunirse periódicamente, agrupando al personal de todas las áreas, para que conjuntamente con el jefe del servicio evalúen las deficiencias y propongan las directrices necesarias para implantar las recomendaciones que han resultado de la evaluación del control interno del Servicio Médico.

Estándares específicos.

Deberán diseñar formatos preestablecidos para el manejo de la documentación dentro del Servicio Médico, también un formato de presentación de los informes estadísticos que genera la administración; estandarizando la presentación y facilitando el entendimiento de la misma para su interpretación.

Información generada.

Los informes administrativos son el resumen de los procesos y actividades que se realizaron dentro del Servicio Médico, se realizan informes estadísticos en, el Banco de Sangre, Hospitalización y Consulta Externa.

Deberán elaborar los manuales de procedimientos, tanto administrativos como médicos y documentar los protocolos médicos.

Rendimientos esperados.

Deberán realizarse comparaciones estadísticas entre periodos, de preferencia mensualmente, de cada una de las áreas dentro del servicio; midiendo las variaciones mes a mes, cuantificando el desempeño por áreas y su contribución en el alcance de los objetivos del Hospital.

Otros criterios de control.

Establecer políticas, reglamentos y directrices por parte del jefe del Servicio Médico de Hematología, trabajando conjuntamente con los responsables de la dirección técnica de Hospitalización y ambulatorio, y de la dirección técnica de auxiliares de diagnóstico y tratamiento; permitirán dar seguimiento continuo a las actividades de control y así reducir el riesgo para obtener los objetivos de la institucional.

6.1.9.4. Información y comunicación.

Los informes deben contener datos relevantes para posibilitar la gestión eficaz de la gerencia y su calidad contener los siguientes atributos:

- ★ Cantidad suficiente para la toma de decisiones.
- ★ Información disponible en tiempo oportuno.
- ★ Datos actualizados y que corresponden a fechas recientes; los datos incluidos son correctos.
- ★ La información es obtenida fácilmente por las personas autorizadas.

Dentro de este componente se deben tener en cuenta los siguientes sub-componentes:

Información en todos los niveles.

La información debe distribuirse dentro del Servicio Médico a lo largo y ancho, y debe conocerse en los niveles jerárquicos superiores con el propósito de sensibilizar al personal sobre la necesidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos de la institución.

Datos fundamentales en los estados financieros.

Debe presentarse de manera transparente los resultados del Servicio Médico, cumpliendo con la normativa y requisitos legales, brindando confiabilidad de la información y aclarando los saldos si son significativos y afectan a los estados financieros a través de las notas aclaratorias; y detallando claramente las operaciones si se trata de informes de gestión.

Herramienta para la supervisión.

Reuniones de trabajo frecuentes con el personal del área donde se realicen (lluvias de ideas, diagramas de ishikawa, diagramas de árbol), diseñar un programa de rendición de cuentas semanal por áreas, evaluar el desempeño y cumplimiento de las metas; son varias herramientas que ayudarán a la administración a supervisar el trabajo realizado dentro del Servicio Médico. Facilitará el control y permitirá realizar informes administrativos más completos, confiables y oportunos que faciliten el alcance de los objetivos institucionales.

Información adicional y detallada.

La información detallada sirve para la preparación de los informes compilados o consolidados se maneja en los niveles de operación y es importante que sean compartidas con las unidades relacionadas.

Comunicación de los objetivos de la organización.

La comunicación de los objetivos institucionales es una actividad totalmente relacionada con la entrega de información importante para la ejecución de las operaciones.

La comunicación entre la dirección ejecutiva y los usuarios o interlocutores externos, realizada en forma directa y sincera permite transmitir el mensaje en todos los ámbitos de la organización.

6.1.9.5. Supervisión.

Monitoreo continuo por la administración.

El jefe del Servicio Médico de Hematología, debe controlar periódicamente las actividades realizadas por el personal dentro del Servicio Médico Hematológico;

monitoreando la información procesada para que los informes administrativos estén acorde a las disposiciones legales vigentes.

Seguimiento interno.

El jefe del Servicio Médico de Hematología deberá verificar el cumplimiento de las recomendaciones propuestas en la evaluación del control interno, y velar por el cumplimiento de la propuesta del sistema de control interno administrativo para el Servicio Médico de Hematología, apoyando el logro de los objetivos institucionales.

Evaluaciones externas.

La contraloría general del estado es la encargada de fiscalizar al Hospital Carlos Andrade Marín, sin embargo aplica pruebas de auditoría que se basan principalmente a la auditoría financiera cuyo enfoque no les habilita para evaluar la gestión de los servicios médicos y otras dependencias del Hospital.

Contratar los servicios profesionales expertos en el campo médico con conocimientos en auditoría y control interno a fin de tener un punto de vista diferente de un tercero y poder identificar claramente las falencias y plantear soluciones.

6.1.10. Cuestionario de evaluación para la aplicación del MICIL – Informes Administrativos.

TABLA 14. Cuestionario de evaluación MICIL, Hematología – Informes Administrativos o de Gestión.

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Informes Gerenciales

Responsable: Dr. José Páez Espín

Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Página 1 de 2

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN POR EL MÉTODO MICIL (MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA LATINOAMÉRICA)							
No	PROCEDIMIENTOS	Ponderación Total	Calificación Total	% CT Vs. PT		Diferencia	Observaciones
				%PT	%CT	PT - CT	
1	AMBIENTE DE CONTROL Y TRABAJO INSTITUCIONAL	50	39	50,0%	78,0%	11	El riesgo en el ambiente de control y trabajo es bajo
	1. Integridad y Valores éticos	13	12	26,0%	24,0%	1	Falta aplicar el código de ética
	2. Estructura organizativa	7	4	14,0%	8,0%	3	La estructura organizativa no está definida correctamente
	3. Autoridad asignada y responsabilidad asumida	8	7	16,0%	14,0%	1	La responsabilidad y autoridad no está correctamente establecida
	4. Administración de los Recursos Humanos	5	3	10,0%	6,0%	2	Hace falta un administrador permanente del RRHH
	5. Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	6	5	12,0%	10,0%	1	Falta evaluar el desempeño individual.
	6. Filosofía y estilo de gestión de la dirección.	4	4	8,0%	8,0%	0	
	7. El Consejo de Administración y los Comités.	3	1	6,0%	2,0%	2	Los comités no cumplen con sus funciones
	8. Rendición de Cuentas y transparencia.	4	3	8,0%	6,0%	1	No se demuestra transparencia en la rendición de cuentas
2	EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS	10	4,5	10,0%	45,0%	5,5	existe un riesgo bajo en la consecución
	1. Objetivos de las organizaciones	4	1	40,0%	10,0%	3	No se logra cumplir con los objetivos de la organización
	2. Riesgo potencial para la organización	4	1,5	40,0%	15,0%	2,5	No se evalúan los riesgos potenciales para la organización
	3. Gestiones dirigidas al cambio.	2	2	20,0%	20,0%	0	

Hospital Carlos Andrade Marín "HCAM"

Área: Hematología Informes Gerenciales

Responsable: Dr. José Páez Espín

Fecha Orden de trabajo: 27-Oct-2006

Página 2 de 2

3	ACTIVIDADES DE CONTROL PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS	20	11,5	20,0%	57,5%	8,5	El riesgo en las actividades de control para minimizar los riesgos es bajo
	1. Análisis de la Dirección.	4	2	20,0%	10,0%	2	La dirección no analiza a profundidad las falencias
	2. Proceso de la información	4	2	20,0%	10,0%	2	El proceso de la información es deficiente
	3. Indicadores de rendimiento	3	1	15,0%	5,0%	2	No se aplican los indicadores de rendimiento suficientes
	4. Disposiciones legales puntuales	2	2	10,0%	10,0%	0	
	5. Criterios Técnicos de control interno	1	1	5,0%	5,0%	0	
	6. Estándares Específicos	2	1	10,0%	5,0%	1	Falta establecer estandares especificos
	7. Información generada	1	1	5,0%	5,0%	0	
	8. Rendimientos esperados	2	1,5	10,0%	7,5%	0,5	No se cumplen los rendimientos propuestos
	9. Otros criterios de control.	1	0	5,0%	0,0%	1	Falta criterios para controlar
4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA TRANSPARENCIA	10	6	10,0%	60,0%	4	existe buena información y comunicación para fomentar la transparencia
	1. Información en todos los niveles.	3	2	30,0%	20,0%	1	No se distribuye correctamente la información
	2. Datos fundamentales en los Estados Financieros	2	2	20,0%	20,0%	0	
	3. Herramientas para la Supervisión	2	1	20,0%	10,0%	1	Las herramientas para la supervisión son insuficientes
	4. Información adicional y detallada	1	0	10,0%	10,0%	1	Hace falta detalle en la información generada
	5. Comunicación de los objetivos de la organización	2	1	20,0%	10,0%	1	No se comunican los objetivos correctamente
5	SUPERVISIÓN	10	7	10,0%	70,0%	3	La supervisión tiene bajo riesgo
	1. Monitoreo continuo por la administración	5	3	50,0%	30,0%	2	El monitoreo de la administración no es permanente
	2. Seguimiento interno	3	2	30,0%	20,0%	1	El seguimiento interno es superficial
	3. Evaluaciones Externas	2	2	20,0%	20,0%	0	
TOTAL		100	68			32	

Realizado por: Hugo Fiallos

Supervisado por: Dra. Eugenia Camacho

Fecha de Evaluación: 18 de Diciembre 2006

El entorno o ambiente de control y trabajo institucional se debe cumplir con la ponderación total de 50 puntos, pero de acuerdo al análisis realizado en el proceso de elaboración de los informes gerenciales se logra el resultado de 39 puntos que representa el 78% del total del componente, con una diferencia de 11 puntos causados por la falta de aplicación del código de ética, la estructura organizativa deficiente, falta de delegación de autoridad y responsabilidad, incumplimiento de las tareas del personal a falta de la evaluación continua, y la falta de interés por los comités de la institución.

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Integridad y Valores éticos	1
✦ Estructura organizativa	3
✦ Autoridad asignada y responsabilidad asumida.	1
✦ Administración de los Recursos Humanos.	2
✦ Competencia profesional y evaluación del desempeño individual.	1
✦ El Consejo de Administración y los Comités.	2
✦ Rendición de Cuentas y transparencia.	1

El puntaje óptimo en la evaluación de riesgos para obtener los objetivos institucionales al elaborar los informes de gestión es de 10 puntos, el resultado de la calificación es de 4,5 puntos que representa el 45% del total de la ponderación. Hay una diferencia de 5,5 puntos, errores causados por la falta de herramientas para alcanzar los objetivos. En los sub-componentes se detecto falencias son:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Objetivos de las organizaciones.	3
✦ Riesgo potencial para la organización.	2,5

Las actividades de control para minimizar los riesgos comprenden una ponderación total de 20 puntos, Los informes generados por la administración obtienen una calificación total de 11,5 puntos que significa el 58% del total del componente, obteniendo una diferencia de 8,5 puntos que se debe a la falta de análisis por parte de la dirección, a los procesos inadecuados en el manejo de la información, indicadores insuficientes para medir el rendimiento, y la falta de actividades paralelos que ayuden al logro de los objetivos. Las deficiencias se muestran en con los siguientes sub-componentes:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
✦ Análisis de la Dirección.	2
✦ Proceso de la información.	2
✦ Indicadores de rendimiento.	2
✦ Estándares Específicos.	1
✦ Rendimientos esperados.	0,5

- ★ Otros criterios de control. 1

La información y comunicación en la elaboración de los informes administrativos debe ponderarse en 10 puntos, no obstante se ha calificado con 6 que representa el 60% del total del componente, existiendo una diferencia de 4 puntos producto de la mala distribución de la información, el poco detalle en el desglose de los datos presentados, inexistencia de herramientas para la supervisión. El componente puede mejorar el puntaje distribuyendo la información horizontal y verticalmente, y diseñando herramientas para la supervisión, permitiendo informar y comunicar eficientemente los datos y resultados obtenidos, ayudando al logro de los objetivos; otorgando una solución en la toma de decisiones. Dentro de los subcomponentes tenemos:

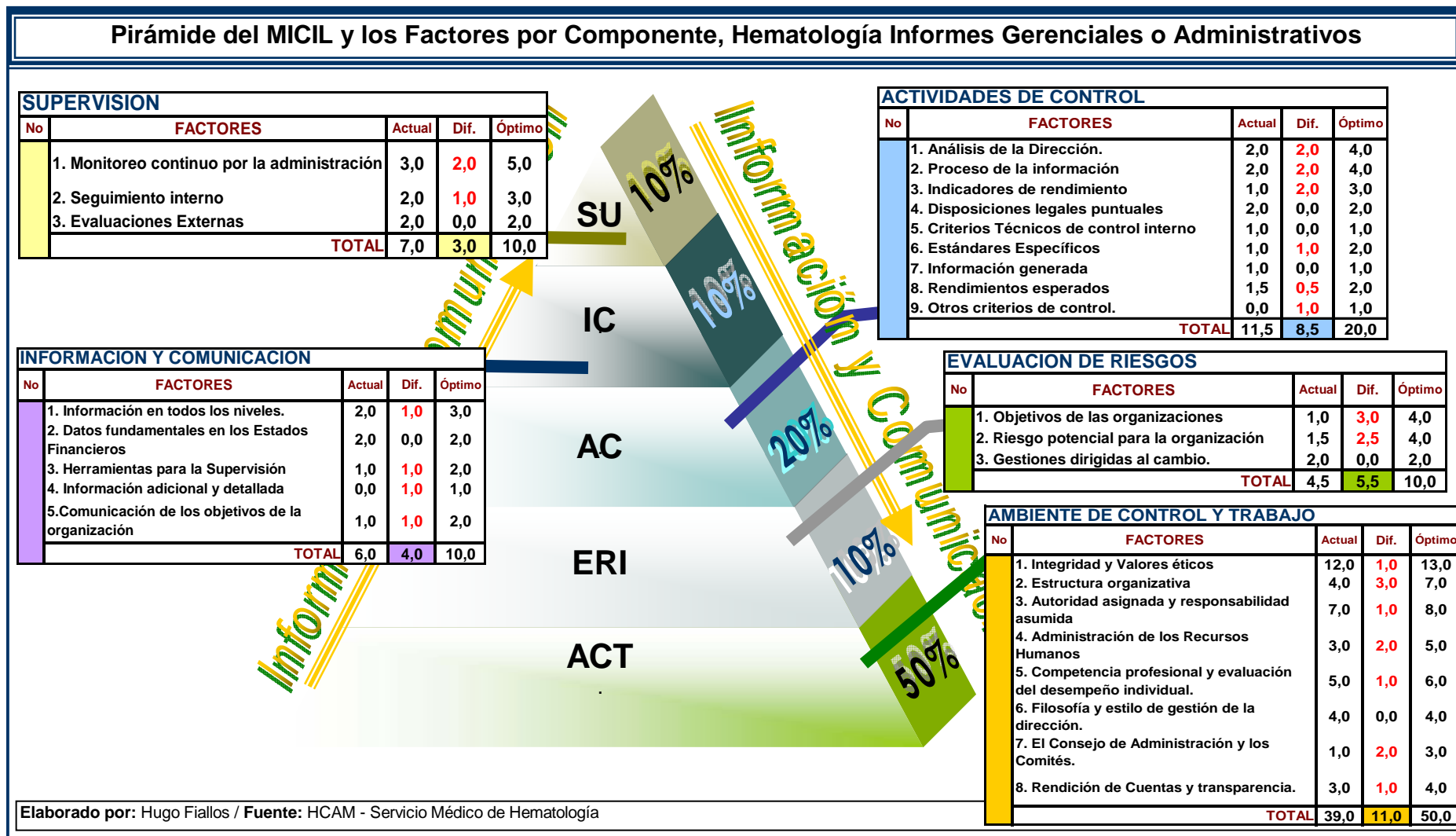
Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Información en todos los niveles.	1
★ Herramientas para la Supervisión.	1
★ Información adicional y detallada.	1
★ Comunicación de los objetivos de la organización.	1

La supervisión interna continua y externa periódica representa 10 puntos; los informes de gestión tienen una calificación de 7 puntos que representa el 70% del total del componente, teniendo una diferencia de 3 puntos que se deben a la falta de monitoreo y seguimiento por parte de la administración; esto puede mejorar diseñando nuevas políticas para la supervisión, evaluación y control periódico del personal y sus actividades al elaborar los informes administrativos o de gestión. Dentro de los subcomponentes tenemos:

Factores	Diferencia (PT-CT)* Pts.
★ Monitoreo continuo por la administración.	2
★ Seguimiento interno.	1

A continuación en el gráfico 31. Se muestra visualmente a través de la pirámide del MICIL del área de Hematología Consulta Externa, las diferencias resultado de las falencias detectadas en la evaluación de los componentes y sub-componentes del MICIL, se resaltan con color rojo.

6.1.11. Pirámide MICIL – Hematología Informes Administrativos.



CAPÍTULO VII.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. Conclusiones.

- ★ La estructura organizativa del Servicio Médico de Hematología, representada gráficamente en los organigramas, está mal definido respecto a las áreas que lo conforman, con líneas de autoridad y responsabilidades inadecuadas.
- ★ Los Objetivos, políticas, misión, Visión y Valores de la institución no son conocidos por las personas dentro y fuera del Hospital, lo que demuestra falta de información y comunicación. Impidiendo que el personal trabaje para cumplir con los objetivos institucionales y perjudicando la eficiencia y eficacia del Servicio Médico de Hematología.
- ★ Los equipos y la tecnología están desactualizados, retrasando los procesos de atención, lo que dificulta la planificación y la toma de decisiones oportunas.
- ★ La institución cuenta con un departamento de Recursos Humanos que incumple con sus deberes y obligaciones, descuidando al personal, desmotivándolo y olvidando el rol fundamental como impulsador y promotor de programas para perfeccionar las habilidades de las personas.
- ★ Falta motivación del personal dentro del servicio médico, causando incumplimiento de tareas, actividades y causando mala atención hacia los pacientes.
- ★ Es necesario establecer un administrador del Recurso Humano debido a que este no cumple con sus funciones.

- ✦ Los conocimientos del personal necesitan ser reforzados y actualizados. El recurso humano desconoce acerca de temas de atención al cliente, por lo que su calidad al entregar el servicio es deficiente.

- ✦ No existe un método de control para conocer la disponibilidad de fármacos e insumos dentro de la institución; generando información que no es confiable.

- ✦ Existen procesos manuales repetitivos que provocan ineficiencia al realizar las actividades dentro de las áreas del servicio, retrasando las operaciones.

- ✦ Los comités dentro de la institución deberían ser los encargados de definir las directrices, políticas y lineamientos que ayuden a los servicios médicos a conseguir alcanzar los objetivos; sin embargo no cumplen con su función y sus miembros necesitan entender mejor las necesidades y requerimientos de los servicios para saber proponer soluciones que ayuden a mejorar el ambiente de trabajo, la eficiencia y eficacia de las operaciones y la calidad en la atención al cliente (paciente, donante).

7.2. Recomendaciones.

- ✦ El organigrama estructural necesita reestructurarse por áreas, analizando los requerimientos del servicio médico, ya que de esta manera le permitirá funcionar en forma dinámica y eficiente, con líneas de autoridad definidas, funciones claras y responsabilidades distribuidas equitativamente. *Ver Anexo 1.2, Organigrama Estructural HCAM – Servicio Médico de Hematología (Propuesto).*

- ✦ Es necesario implementar un sistema de control y administración de fármacos e insumos, eficiente; a través del uso de un software que permita conectar las áreas de los servicios médicos con la farmacia del Hospital, permitiendo obtener información real de los recursos con lo que cuenta el servicio médico.

- ✦ Diseñar un sistema informático propio, que incorpore las necesidades y características del Hospital, interconectando los servicios médicos con las áreas administrativas y el resto de dependencias de la institución; consiguiendo mejorar la eficiencia de las operaciones.

- ✦ Implementar una red de comunicación interna a través del uso del correo electrónico, para fomentar la comunicación e información; mejorando la eficiencia del componente, optimizando la movilización del recurso humano, evitando el desgaste de materiales, permitiendo que la información llegue oportunamente y se puedan tomar decisiones rápidamente.

- ✦ Incorporar al programa de capacitación, temas relacionados con gestión de calidad, administración por procesos, servicio al cliente y motivación; educando al personal y proporcionándole conocimientos renovados que faciliten implantar una cultura organizacional enfocada a brindar un servicio de calidad.

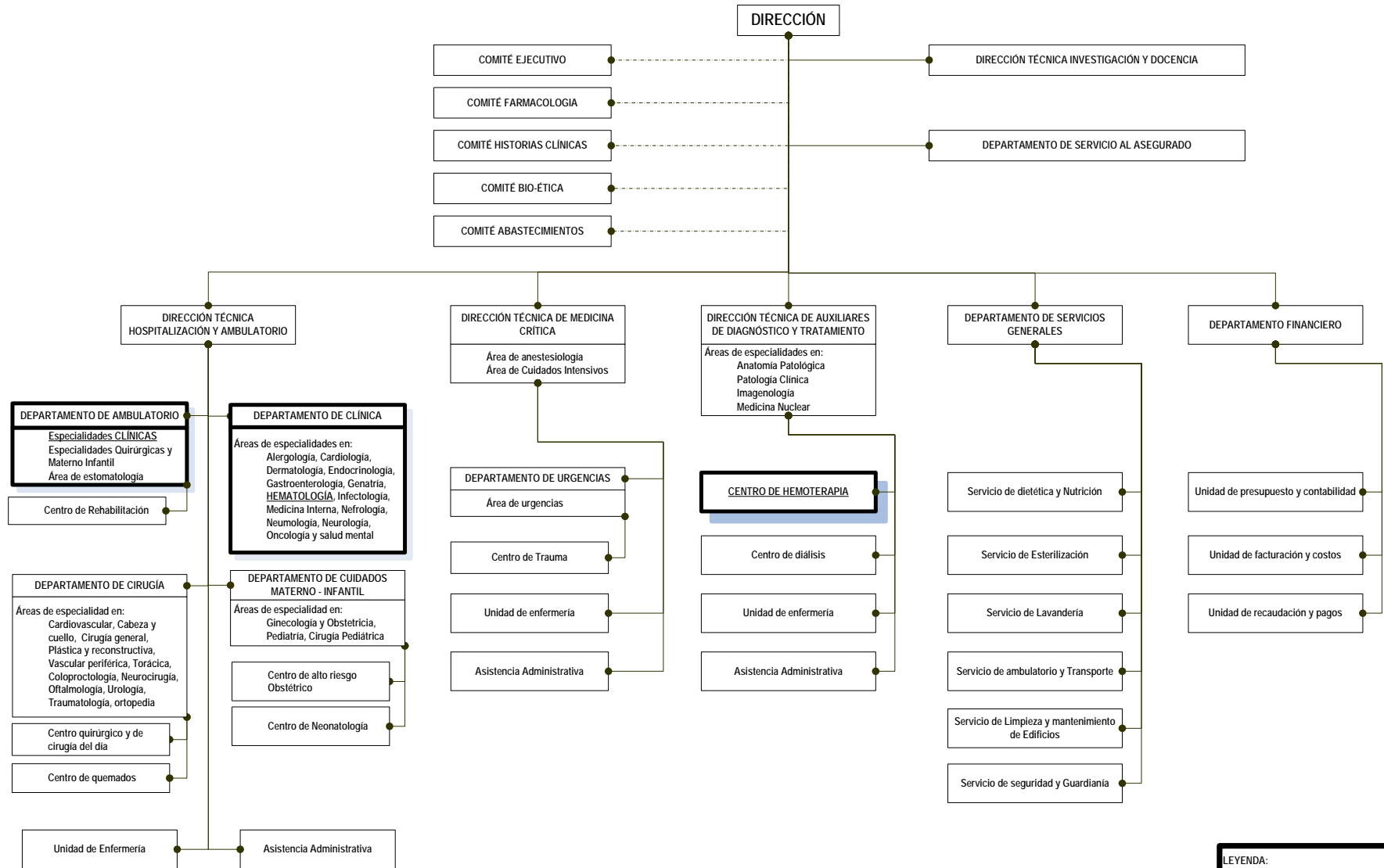
- Documentar los protocolos médicos en las áreas del servicio médico de Hematología, ayudará a tener una base de conocimiento para el recurso humano y a su vez se convertirá en una herramienta que permitirá al jefe del servicio verificar el cumplimiento de los procedimientos y evaluar al personal.
- Aplicar nuevos indicadores que ayuden a cuantificar el rendimiento dentro del área; y ayuden a tomar decisiones oportunas para alcanzar los objetivos de la institución. A continuación se detallan varios indicadores que permitirán evaluar el desempeño del servicio médico de Hematología.:

Nombre del indicador	Definición	Frec.	Unidad de medida	Valor Actual	Meta
Conferencias de motivación	Ejecución	Mensual	%	0%	100%
Automatización de la base de datos y los procesos	Diseño de un sistema informático para base de datos	Anual	%	0%	100%
Demanda insatisfecha	# prestaciones requeridas / # prestaciones atendidas	Mensual	%	50%	100%
Optimización de la capacidad instalada	Capacidad utilizada / Capacidad instalada	Anual	%	60%	100%
Satisfacción de los Cliente	# de pacientes satisfechos / # de pacientes atendidos	Mensual	%	0%	100%
Mejoramiento continuo	Programa de mejoramiento continuo	Semestral	unidad	0	1
Calidad de servicio	# de reclamos por mala atención / # total de reclamos	Mensual	%	0%	(-) 50% relación periodo anterior
Protocolización	Protocolizar cada tratamiento, por patología y por área	Avance trimestral	%	60%	100%
Automatización de procesos	Procesos informatizados / total de procesos	Anual	%	0%	90%
Estandares de consumo de insumos y medicamentos	Medicamentos utilizados / medicamentos disponibles	Mensual	%	0%	90%
	Insumos utilizados / insumos disponibles	Mensual	%	0%	90%
Instalación de software	Áreas implementadas / áreas existentes	Anual	%	30%	100%

AneXos

ANEXO 1. Organigrama Estructural Hospital Carlos Andrade Marín

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN "HCAM" (ACTUAL)

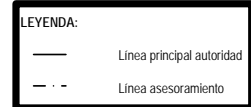
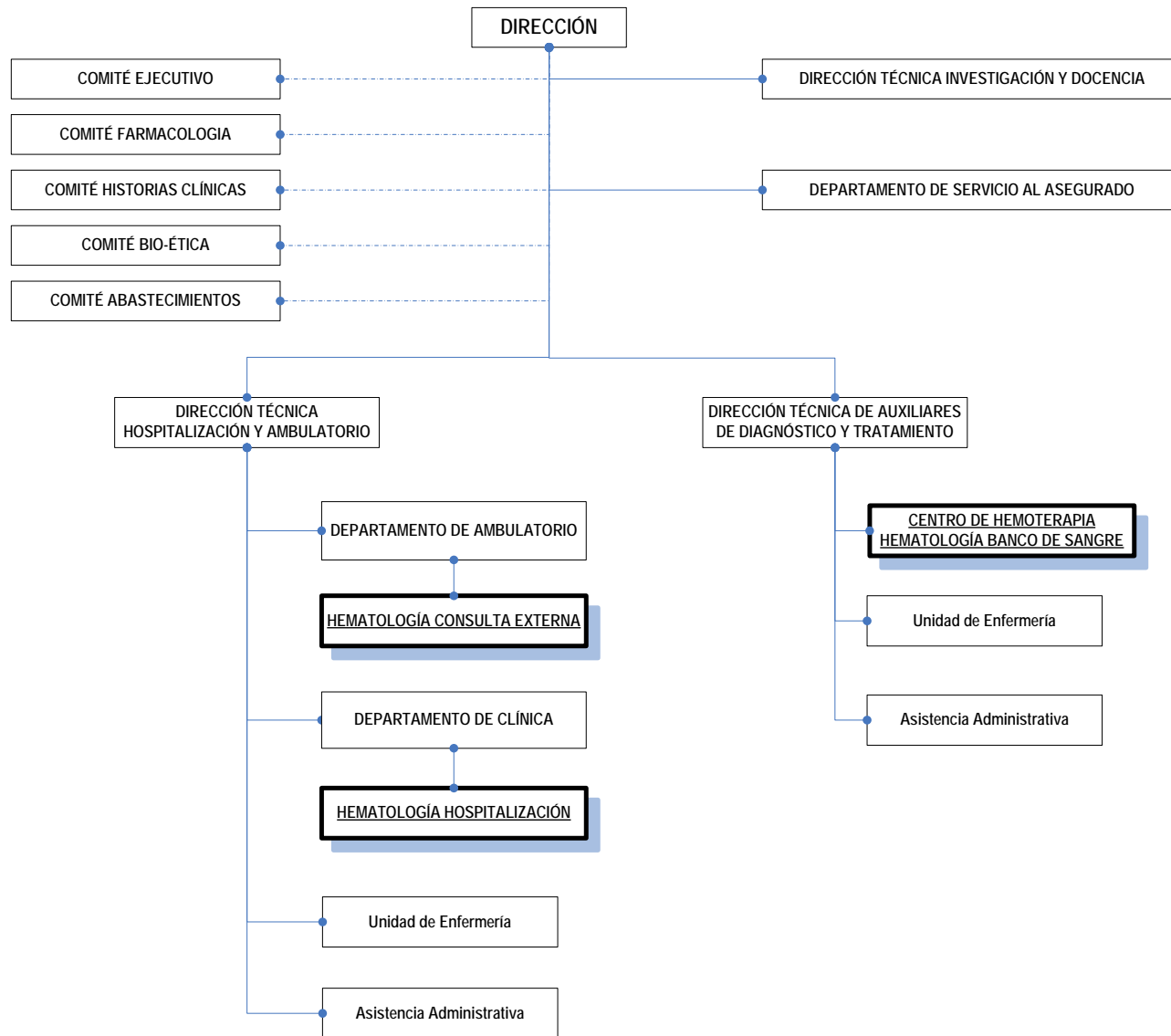


LEYENDA:
 — Línea principal autoridad
 - - - Línea asesoramiento

ANEXO 1.1. Organigrama Estructural Hospital Carlos Andrade Marín – Servicio médico de Hematología

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL HCAM – SERVICIO MÉDICO DE HEMATOLOGÍA

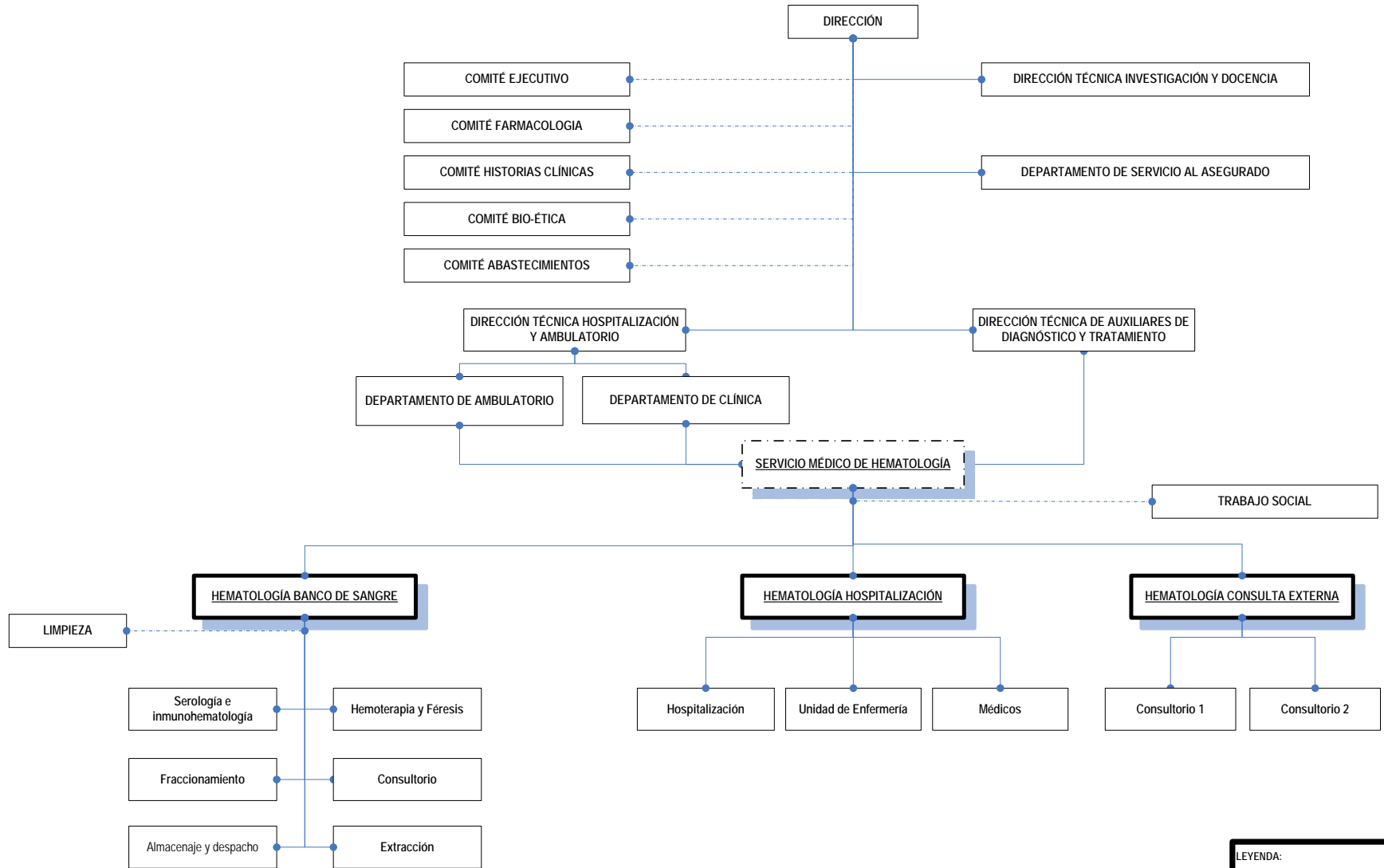
(ACTUAL)



ANEXO 1.2. Organigrama Estructural Hospital Carlos Andrade Marín – Servicio médico de Hematología

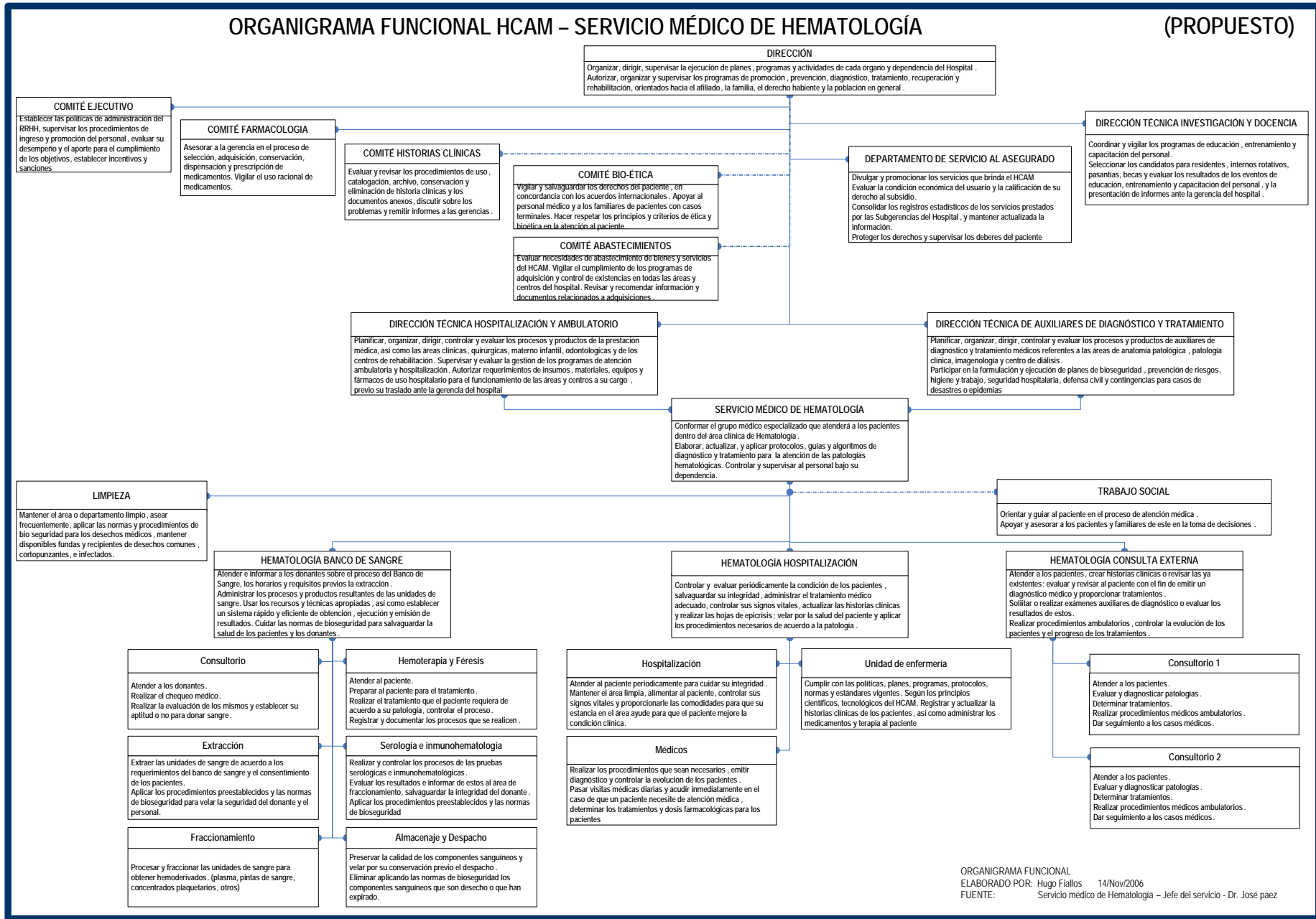
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL HCAM – SERVICIO MÉDICO DE HEMATOLOGÍA

(PROPUESTO)

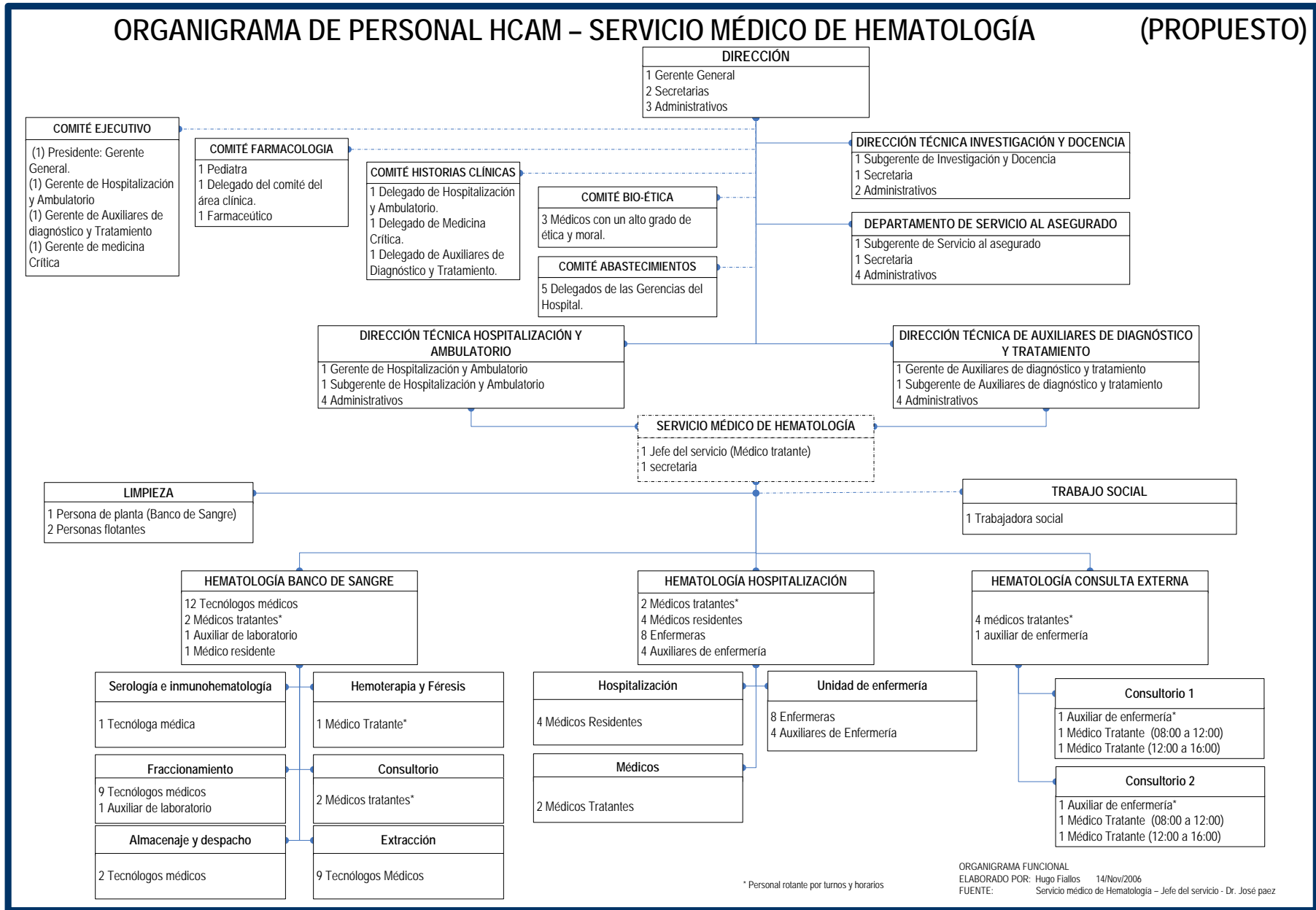


LEYENDA:
 — Línea principal autoridad
 - - - Línea asesoramiento

ANEXO 2. Organigrama Funcional



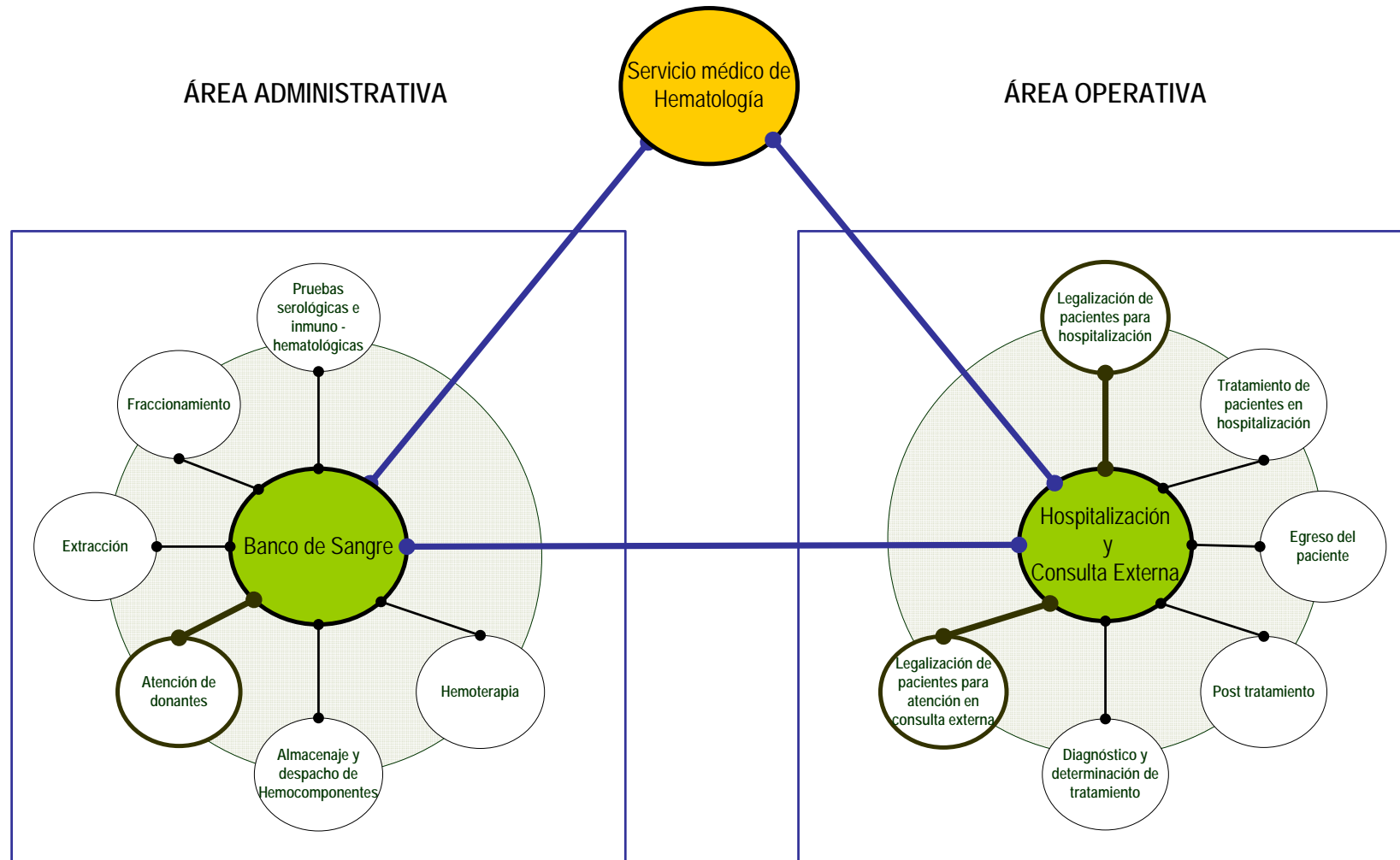
ANEXO 3. Organigrama De Personal


























ANEXO 4. Organigrama Por procesos

ORGANIGRAMA POR PROCESOS HCAM – SERVICIO MÉDICO DE HEMATOLOGÍA

(PROPUESTO)



ANEXO 5. Organigrama Por procesos

FORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGRAMAS DE PROCESOS			
	Principio o fin de proceso		Almacenamiento Interno
	Actividad		Proceso Etiquetado
	Decisión		Secuencias Cíclicas Datos Secuenciales
	Documento		Datos
	Proceso Manual		Datos Almacenados
	Datos Directos		Tiempo de espera o retraso
	Conector dentro de página		Conector entre páginas
	Base de datos		Preparación
	Archivo		
DIAGRAMAS DE PROCESO: MARCAS DE AUDITORÍA			
	Falta la identificación correcta de las bolsas		Proceso manual que requiere de una persona que transporte los documentos
	Repetición de proceso manual de registro, falta modernización		Elaboración manual de documento
	Resultados de las pruebas en documentos elaborados manualmente		Ineficiencia en proceso de cobro

GLOSARIO

- ★ **Actividades.-** Conjunto de acciones necesarias para lograr un objetivo.
- ★ **Actividades de Control.-** Son aquellas políticas y procedimientos que permiten obtener confiabilidad en los resultados y reportes de determinadas actividades.
- ★ **Administrar.-** Realizar actos mediante los cuales se orienta el aprovechamiento de los recursos materiales, humanos, financieros y técnicos de una organización hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- ★ **Ambiente de Control.-** Incluye la integridad, los valores éticos y la competencia de la gente de la entidad: la filosofía y el estilo de operación de administración.
- ★ **Autorización.-** Aprobación de un nivel jerárquico superior para proceder con determinadas actividades u operaciones para el cumplimiento de objetivos.
- ★ **Balance General.-** Es el estado básico demostrativo de la situación financiera de una empresa, a una fecha determinada, preparado de acuerdo con los principios básicos de contabilidad gubernamental que incluye el activo, el pasivo y el capital contable.
- ★ **Cobro.-** Recepción de una cantidad monetaria que una persona le adeuda a otra.
- ★ **Compra.-** Adquisición de bienes o servicios con la finalidad de cubrir necesidades.
- ★ **Comprobante.-** Documento legal que constituye evidencia material de toda transacción.
- ★ **Comunicación.-** Fluidez de información involucrada con el control interno financiero y de gestión dentro de una entidad.
- ★ **Control Interno.-** Proceso continuo llevado a cabo por la alta dirección interno de la entidad, diseñado para dar seguridad razonable, en relación con el logro de los objetivos.
- ★ **Control Previo.-** Es el conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles de dirección y gerencia de las entidades para cautelar la correcta administración de los recursos financieros, materiales, económicos y humanos.

- ★ **Delegación de Autoridad.-** Autorización formal para el desarrollo de funciones y actividades de altos niveles organizativos a favor de los niveles inferiores.
- ★ **Directrices.-** Conjunto de instrucciones o estrategias para la ejecución de alguna cosa.
- ★ **Documento Fuente.-** Es el justificante que contiene la información necesaria para el registro contable y tiene la función de comprobar razonablemente la realidad de una operación.
- ★ **Economía.-** Administración prudente de los recursos económicos y financieros de una entidad. Adquisición de bienes y/o servicios al costo mínimo posible en condiciones de calidad y precio razonable.
- ★ **Efectividad.-** Logro de los objetivos y metas programados por una entidad.
- ★ **Eficiencia.-** Rendimiento óptimo, sin desperdicio de recursos.
- ★ **Empresa.-** Organización existente con medios propios y adecuados para alcanzar un fin económico determinado. Compañía o sociedad mercantil, constituida con el propósito de producir bienes y servicios para su venta en el mercado.
- ★ **Ética.-** Valores morales que permiten a la persona adoptar decisiones y determinar un comportamiento apropiado, esos valores deben estar basados en lo que es correcto, lo cual puede ir más allá de lo que es legal.
- ★ **Evaluación de Riesgos.-** Análisis de probabilidades, considerando su impacto en la empresa, para determinar como deben ser gestionados.
- ★ **Facturación.-** Elaboración de un documento que se expide para hacer constar una venta, en el que aparece la fecha de la operación. El nombre del comprador, del vendedor, sus Registros Federales de Contribuyentes, las condiciones convenidas, la cantidad, descripción, precio e importe total de lo vendido.
- ★ **Farmacología.-** La farmacología es la ciencia médica que se ocupa del estudio de los fármacos. El estudio involucra las generalidades, el origen de los medicamentos, los mecanismos de acción, las dosis y su aplicación terapéutica. El estudio exige conocimientos básicos de química orgánica y un conocimiento previo de la fisiología para entender cómo los fármacos producen sus efectos. El estudio se completa en 160 horas incluyendo 24 horas de laboratorio y resolución de problemas clínicos.

- ★ **Funcionario.-** Gerente, ejecutivo, administrador o persona facultada legalmente para autorizar o ejecutar las transacciones y operaciones en una entidad.
- ★ **Ganancia.-** Incorporación de una utilidad a un patrimonio. Beneficio de carácter económico obtenido por medio legítimo. Valor residual que queda después que de los ingresos se han restado los costos. Utilidad bruta o neta, después de deducir los impuestos, que obtienen las empresas; es la diferencia positiva entre los ingresos y gastos contables.
- ★ **Igualdad.-** Condición o circunstancia de tener una misma naturaleza, cantidad, calidad, valor o forma o de compartir alguna cualidad.
- ★ **Indicadores de desempeño.-** Parámetros utilizados para medir el rendimiento de una gestión con respecto a resultados deseados o esperados.
- ★ **Información.-** Conjunto de datos que interactúan entre si con el fin de apoyar las actividades de una empresa o negocio.
- ★ **Informe COSO.-** Informe sobre el “Marco Integrado de Control Interno” (Internal control—Integrated Framework), basado en una recopilación mundial de información sobre tendencias y conocimientos relativos al control interno.
- ★ **Medicina Interna.-** La Medicina Interna es la materia con mayor carga horaria en la escuela de medicina. Su estudio constituye la piedra angular del conocimiento de la medicina. Es una de las cuatro especialidades básicas e involucra 12 subespecialidades. La cátedra estará dividida en 4 ciclos de 10 semanas cada uno.
 - Ciclo 1 (140 horas): Hematología -40- , nefrología -40-, endocrinología -60-.
 - Ciclo 2 (140 horas): Neurología-60-, Dermatología-40-, inmunología-40-.
 - Ciclo 3 (140 horas): Gastroenterología -60-, infectología -60-, oncología-20-.
 - Ciclo 4 (140 horas): Cardiología -60-, neumología -40-, Reumatología -40-.
- ★ **Monitoreo de Control Interno.-** Proceso que se realiza para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno en el tiempo y asegurar razonablemente que los hallazgos. los resultados y revisiones se atiendan con prontitud.
- ★ **Objetivo.-** Enunciación de los resultados que desea alcanzar un sujeto en un periodo de tiempo concreto.

- ★ **Patología Clínica.-** Es la materia que tiene que ver con el estudio del laboratorio clínico, con los métodos de diagnóstico por laboratorio. Es indispensable que el médico aprenda las razones bioquímicas y fisiológicas del por qué se pide determinados exámenes de laboratorio. El conocimiento cabal de la patología clínica le permitirá al médico pedir oportuna y adecuadamente los exámenes de laboratorio, identificar los exámenes más adecuados para el diagnóstico de distintas enfermedades y así evitar duplicaciones costosas e ineficientes. El estudio se completa en 80 horas
- ★ **Patrimonio.-** Conjunto de bienes, derechos y obligaciones de una persona física o jurídica, país o entidad. Referido a una persona física suele abarcar exclusivamente los bienes materiales con cierto valor económico. Aquellos bienes y derechos con los que el deudor garantiza su compromiso de pago al acreedor.
- ★ **Políticas.-** Son ideas generales establecidas por una entidad, los mismos que permiten el uso del criterio de las personas.
- ★ **Políticas de Auditoría.-** Son aquellos entendimientos generales establecidos por una organización, los mismos que permiten el uso del criterio de las personas.
- ★ **Responsabilidad.-** Capacidad u obligación de responder por actos propios y en algunos casos de los ajenos.
- ★ **Riesgo.-** Evento, interno o externo, que si sucede impide o compromete el logro de los objetivos institucionales.
- ★ **Seguridad.-** Conjunto de medidas técnicas utilizadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente, acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas para evitar pérdidas o daños.
- ★ **Selección.-** Análisis de la información obtenida para determinar y verificar el cumplimiento y elegibilidad de los mismos.
- ★ **Semiotecnia, Semiología.-** Es la cátedra que se ocupa de los métodos de historia clínica: anamnesis y examen físico tendientes a la búsqueda, recolección, y organización de los signos y síntomas. El proceso culmina con la agrupación de signos y síntomas para la elaboración de síndromes que son comunes a varias enfermedades específicas. La materia es fundamental en la formación médica y la técnica de recolección de signos y síntomas es

elaborada, paciente y sistemática. Los errores de diagnóstico suelen deberse mas frecuentemente a conclusiones acertadas respecto de signos y síntomas mal recogidos que a conclusiones erradas sobre signos y síntomas bien recogidos. En una palabra, la cátedra es la técnica del diagnóstico. El estudio de semiotecnia y semiología se completa en 280 horas. Este horario se complementará con 100 horas adicionales de práctica Hospitalaria indispensable.

- ★ **Salud Pública.-** La medicina preventiva y la salud pública representan ciencias indispensables del conocimiento médico en países desarrollados pero, sobre todo, en países en vías de desarrollo. El conocimiento exhaustivo de la salud pública ciertamente incentivará al estudiante a considerar esta materia como objeto de especialidad de postgrado. La aplicación de este conocimiento contribuirá al cambio de la realidad precaria de la salud en nuestro país. Múltiples aspectos de estas materias tienen importante aplicación en nuestro medio: Medicina del trabajo, diseño experimental, salud ambiental, fármaco dependencia, servicios de salud, entre otros. Se completa el estudio de salud pública en 80 horas.
- ★ **Separación de Funciones.-** Principio administrativo tendiente a evitar que un servidor desarrolle tareas laborales incompatibles con su puesto de trabajo.
- ★ **Solvencia.-** Capacidad de una persona física o moral para hacer frente a sus obligaciones de pago a medida que éstas van venciendo.
- ★ **Sistema de Información.-** Métodos y procedimientos establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones de una entidad.
- ★ **Valoración de Riesgos.-** Es la identificación y análisis de los riesgos relevantes para el logro de los objetivos, formando una base para la determinación de cómo deben administrarse los riesgos.
- ★ **Transacción.-** Operación administrativa, comercial o bursátil que implica el intercambio de bienes, valores o servicios en mutuo acuerdo por las partes negociadoras.
- ★ **Transparencia.-** Disposición de la entidad de divulgar al público la información sobre las actividades ejecutadas relacionadas con el cumplimiento de sus fines.
- ★ **Utilidad.-** Satisfacción que proporciona el empleo de un bien, que varía en función de la cantidad consumida de ese bien. Beneficio o ganancia.

BIBLIOGRAFÍA

- ★ Ray Whittington –Auditoría, un Enfoque Integral 12a edición.- Kart Pany, 2003
- ★ Whittington. Pany – Principios de Auditoría, 14ª edición, Mc Graw Hill, 2005
- ★ Auditoría de Gestión.- Maldonado Milton K.- Editorial Luz.- de América .- 2001
- ★ MICIL.- Marco Integrado de Control Interno (COSO).- Federación Latinoamericana de Auditores Internos (FLAI).- Asociación Interamericana de Contabilidad (AIC).- Septiembre 2004.
- ★ Maldonado Milton K, Auditoría de Gestión, Editorial Luz.- de América, 2001
- ★ Meigs – Williams – Haka - Bettner, Contabilidad. La base para decisiones gerenciales. 11ª edición, Irwin – Mc Graw Hill, 2002
- ★ Polimeni – Fabozzi – Adelberg, Contabilidad de costos. Conceptos y aplicaciones para la toma de decisiones gerenciales, 3ª edición, Mc. Graw Hill, 2001
- ★ Oscar Gómez Bravo – Pedro Zapata Sánchez, Contabilidad de costos, 3ª edición, Mc. Graw Hill. 2005
- ★ Andrew J. DuBrin, Fundamentos de administración, 5ta edición, Editorial Internacional Thomson Editores, 2003
- ★ Philip Kotler. Gary Amstrong, Fundamentos de Marketing, 6a. edición, Editorial Prentice Hall, 2005
- ★ Lamb Hair McDaniel, Marketing, 6a edición, Thomson, 2004
- ★ Michael E. Porter, Estrategia y ventaja competitiva, DEUSTO, Líderes del management – Dirección, 2006

- ★ Colección L.N.S., Metodología de la investigación científica, Editorial EDIBOSCO, 2000
- ★ Cantú / Flores / Roque, Comunicación Oral y escrita 2º edición, Editorial CECSA, México, 2005
- ★ César Augusto Bernal T. , Metodología de la investigación para administración y economía ,Editorial Prentice Hall, 2004
- ★ MANTILLA B, Samuel Alberto, Control Interno, Estructura Conceptual Integrada, 2003
- ★ Guillermo L. Dumrauf, Finanzas Corporativas, Grupo GUÍA S.A., 2005
- ★ L. BITTEL / J. RAMSEY, ENCICLOPEDIA DEL MANAGEMENT / CD-ROM Curso de Negociación, Océano / Centrum, 2004
- ★ ENCICLOPEDIA DEL EMPRESARIO / CD-ROM Curso de Planificación del Trabajo, Océano / Centrum, 2002
- ★ Ley de Compañías (codificación); R.O. No. 312, del 5 de noviembre de 1999.
- ★ Ley General de Instituciones del Sistema Financiero; R.O. No. 250, del 23 de enero del 2.001.
- ★ Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; R.O. No. 595, del 12 de junio del 2.002.
- ★ Normas Ecuatorianas de Auditoría - NEA; R.O. Edición Especial No. 5, del 30 de septiembre del 2.002.
- ★ Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; R.O. No. 119, del 7 de julio del 2.003.

INTERNET.

PÁGINAS WEB

- ★ <http://es.wikipedia.org>
- ★ <http://www.monografias.com>
- ★ <http://www.gestiopolis.com>
- ★ AICPA “American Institute of Certified Public Accountants”
www.aicpa.org
- ★ IIA “Institute of Internal Auditors” www.theiia.org
- ★ Price Waterhouse Coopers www.pwc.com
- ★ Contraloría General de la República de Ecuador www.contraloria.gov.ec

META BUSCADORES:

- ★ <http://www.metacrawler.com/index.html>

BUSCADORES:

- ★ <http://www.lycos.es/>
- ★ <http://es.altavista.com/>
- ★ <http://www.excite.com/>
- ★ fase <http://www.alltheweb.com/>
- ★ <http://www.google.com/>
- ★ <http://www.yahoo.com/>

PERIÓDICOS

- ★ El Comercio / www.elcomercio.com
- ★ El Universo / www.eluniverso.com
- ★ El Hoy / www.hoy.com.ec