



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA EQUINOCCIAL
SISTEMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

**TEMA: CREACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL MANEJO
DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE LA CIUDAD DE QUITO.**

AUTOR:

JOSÉ GUILLERMO TORRES MALDONADO

DIRECTOR DE TESIS:

MSc. MARIO GANCHALA

QUITO, SEPTIEMBRE DE 2014

AUTORÍA

DECLARACIÓN

Yo, José Guillermo Torres Maldonado, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mí autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado, calificación profesional, o proyecto público ni privado; y que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

José Guillermo Torres Maldonado

DEDICATORIA

A Rosita, que desde el cielo
me está bendiciendo y sé que
ahora se sentirá muy orgullosa.

Mi Madre.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque en él se resume toda mi existencia, todo lo que he logrado y todo lo que me rodea; todos tenemos un Dios a nuestra manera, el mío me ha dado todo, me ha dado mi Madre (que hoy está al lado de él), mi hermana (que es mi segunda Madre), mis amigos, mis maestros y hasta mis enemigos, todos han contribuido con este trabajo, por todo ello. Gracias Diosito.

Y un especial agradecimiento a la Universidad Tecnológica Equinoccial, a la carrera de Contabilidad y Auditoría, a sus Tutores y en especial al MSc. Mario Ganchala Director de Tesis, quien con su conocimiento, paciencia y enseñanza supo dirigir paso a paso la realización de esta propuesta.

Tabla de Contenido

CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. Interrogantes de la investigación	2
1.3. OBJETIVO GENERAL	2
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	3
1.6. LIMITACIONES.....	4
CAPÍTULO II.....	6
2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	6
2.1. EL CONTROL INTERNO	6
2.1.1. Definición	6
2.1.2. Objetivos del control interno	6
2.1.3. Elementos del control interno	7
2.1.4. Clasificación del Control Interno.....	11
2.1.5. Métodos de evaluación	13
2.2. INVENTARIOS	15
2.2.1. Definición de inventarios	15
2.2.2. Finalidad de los inventarios.....	16
2.3. ADQUISICIONES O ABASTECIMIENTO	18
2.3.1. Definición de abastecimiento en hospitales.....	18
2.3.2. Objetivos del sistema de adquisiciones	19
2.4. EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTROL INTERNO	20
2.4.1. CORRE	20
2.4.2. MICIL	21
2.4.3. COSO I.....	22
2.4.4. COSO II.....	25
2.4.5. MARCO CONCEPTUAL	26
2.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	31
TABLA No. 1	31

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.2. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
CAPÍTULO IV	36
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	36
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	36
4.1.1. Diagnóstico de los contenidos de la encuesta.....	36
4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	50
4.2.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO GENERAL DE LA ENCUESTA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	50
CAPÍTULO V	53
5. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	53
5.1. GENERALIDADES.....	53
5.2. MARCO LEGAL.....	54
5.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	55
5.3.1. Personal que se encuentra a cargo de los insumos	64
5.3.2. Contexto del hospital y el área de influencia del mismo	65
5.3.3. Indicadores de productividad en el Área De Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez	66
5.4. Período de dotación de insumos.....	69
5.4.1. Del requerimiento del Área de Emergencia hacia la Bodega Central	69
CAPÍTULO VI.....	75
6. PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL MANEJO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ	75
6.1. DATOS INFORMATIVOS	75
6.2. MISIÓN.....	77
6.3. VISIÓN	78
6.4. JUSTIFICACIÓN	78
6.5. OBJETIVOS.....	80
6.5.1. Objetivo general	80
6.5.2. Objetivos específicos.....	80
6.6. POLÍTICAS GENERALES DE CONTROL INTERNO	81
6.6.1. El control interno.....	81

6.7. PROCESOS PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE TODOS LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.....	84
6.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACION Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.....	84
6.7.2. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE TODOS LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACION Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.....	86
6.8. MANEJO Y CONTABILIZACIÓN DE LOS INSUMOS MÉDICOS DE ACUERDO A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS INVOLUCRADAS.	87
6.8.1. ALMACÉN CENTRAL.....	87
6.8.1.1. PROCEDIMIENTO: TOMA FÍSICA DEL INVENTARIO EN EL ALMACÉN CENTRAL.....	89
6.8.1.2. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: TOMA FÍSICA DEL INVENTARIO EN EL ALMACÉN CENTRAL.....	95
6.8.1.3. PROCEDIMIENTO: SALIDA DE INSUMOS MÉDICOS DEL ALMACÉN CENTRAL AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	96
6.8.1.4. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: SALIDA DE INSUMOS MÉDICOS DEL ALMACÉN CENTRAL AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	99
6.8.2. EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.....	100
6.8.2.1. PROCEDIMIENTO: RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	102
6.8.2.2. PROCEDIMIENTO: RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	105
6.8.2.3. PROCEDIMIENTO: UTILIZACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	106
6.8.2.4. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: UTILIZACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.....	108
6.8.3. EN EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.....	109
6.8.3.1. PROCEDIMIENTO: CONCILIACIÓN DEL MOVIMIENTO DE INSUMOS MÉDICOS A TRAVÉS DEL ALMACEN CENTRAL Y EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y REGISTRO CONTABLE.....	109
6.8.3.2. FLUJOGRAMA: CONCILIACIÓN DEL MOVIMIENTO DE INSUMOS MÉDICOS A TRAVÉS DEL ALMACÉN CENTRAL Y EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y REGISTRO CONTABLE.....	112
6.8.3.3. ASIENTO CONTABLE.....	113

6.9. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	113
6.9.1. Definición	113
6.9.2. Método.....	114
6.9.3. Propuesta de modelo de evaluación del Sistema de Control Interno para el Área de Emergencia del HPAS.....	115
6.10. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA.....	140
CAPÍTULO VII	141
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
7.1. CONCLUSIONES.....	141
7.2. RECOMENDACIONES:	142
7.3. BIBLIOGRAFIA.....	144
7.4. ANEXOS.....	145
ANEXO 1 TABULACIÓN DE ENCUESTA POR NÚMERO DE EMPLEADOS	145
ANEXO 2.- TABULACIÓN DE ENCUESTA POR PORCENTAJE	146
ANEXO 3.- FORMULARIO DE REQUISICIÓN DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS:.....	147
ANEXO 4.- FORMULARIO DE PEDIDO E INSUMOS AL ALMACÉN CENTRAL	148

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO II	
2.6	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... 31
	TABLA 1..... 31
CAPÍTULO IV	
4.1	PRESENTACION DE RESULTADOS
4.1.1	DIAGNÓSTICO DE LOS CONTENIDOS DE LA ENCUESTA..... 36
	GRÁFICO 1..... 38
	GRÁFICO 2..... 39
	GRÁFICO 3..... 40
	GRÁFICO 4..... 41
	GRÁFICO 5..... 42
	GRÁFICO 6..... 43
	GRÁFICO 7..... 44
	GRÁFICO 8..... 45
	GRÁFICO 9..... 46
	GRÁFICO 10..... 47
	GRÁFICO 11..... 48
	GRÁFICO 12..... 49
4.2	ANALISIS DE RESULTADOS
4.2.1	ANÁLISIS ESTADÍSTICO GENERAL DE LA ENCUESTA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO..... 50
	CUADRO 1..... 50
	GRÁFICO 1..... 51
CAPÍTULO V	
5.1	DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL
5.3	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL..... 55
	GRÁFICO 1..... 61
	CUADRO 1..... 62
5.3.3	INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ..... 66
	CUADRO 2..... 66
	GRÁFICO 2..... 67
	CUADRO 3..... 68

5.4	PERIODO DE DOTACIÓN DE INSUMOS	
5.4.1	DEL REQUERIMIENTO DEL ÁREA DE EMRGENCIA HACIA LA BODEGA CENTRAL	69
	CUADRO 4.....	70
	CUADRO 5.....	71
	CUADRO 6.....	71
	CUADRO 7.....	72
	CUADRO 8.....	72
	CUADRO 9.....	73
	CUADRO 10.....	73
	CUADRO 11.....	74

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez presta servicios de Salud Pública a toda la población del sector Norte de la Ciudad de Quito; El Área de Emergencias no cuenta con presupuesto propio para atender un promedio de 60 pacientes diarios, es por ello que necesita contar con un sistema de control interno de insumos médicos que permita la atención oportuna y eficaz al paciente. Por diferentes motivos tales como el mal manejo de insumos, la falta de instrumentos de control, etc. el Área de Emergencias ha sufrido un desabastecimiento de insumos médicos, lo que ha ocasionado que la mayoría de pacientes para poder ser atendidos, tengan que incurrir en gastos para atender sus dolencias de salud.

Por ser una Institución del Estado, no se ha dado mayor importancia a esta problemática, ya que la Institución como tal, realiza las adquisiciones periódicamente y la producción en atención cada día va en aumento, pero no se ha considerado el malestar de la gran mayoría de usuarios que manifiestan, que por lo general tienen que cubrir todos los gastos de adquisición de insumos médicos.

Con el fin de cumplir con los objetivos y metas institucionales, ofertar la atención que el usuario interno y externo necesita, una atención eficiente y eficaz, y considerando que un alto porcentaje de los usuarios son de escasos recursos económicos; el Hospital necesita Crear de un sistema de control interno de insumos médicos para

el Área de Emergencias, que permita garantizar que los insumos médicos lleguen a cada uno de los usuarios que los requieren y que se cumpla con el fin para lo cual fueron adquiridos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué pasa con los insumos médicos que el Hospital entrega al Área de Emergencia?

1.2.1. Interrogantes de la investigación

- ¿Qué es un control interno?
- ¿Cuándo se aplican los controles internos?
- ¿Quiénes intervienen en el proceso de Control Interno?
- ¿Cómo se maneja el control de insumos?
- ¿Están claramente definidas las funciones?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Creación de un Sistema de Control Interno para el manejo de insumos médicos en el Área de Emergencias del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, para que los usuarios internos y externos cuenten con una atención oportuna, eficiente y eficaz.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar una base técnica, conceptual y legal que sustente la investigación.
- Identificar al personal que interviene en el proceso de entrega recepción de insumos médicos del área de emergencias.
- Establecer los procesos de control interno que se utilizan en el Área de Emergencia del HPAS.
- Promover la cultura hacia el control interno del personal que labora en el Área de Emergencia.
- Crear un Sistema de Control Interno que permita cumplir de manera eficiente y eficaz los objetivos propuestos en el Área de Emergencias del HPAS.

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El Gobierno Ecuatoriano a través de su plan de Salud Pública, está empeñado en dar atención en salud en especial a los sectores más desprotegidos y olvidados, para lo cual se han asignado recursos económicos para que los Hospitales Públicos cuenten con los insumos y materiales necesarios para llegar a este grupo de la población.

Es necesario transparentar el uso de los recursos económicos, y que las adquisiciones de insumos médicos que realiza el Hospital Pablo Arturo Suárez, para el Área de Emergencia, sean los necesarios y cumplan con los requerimientos del personal Médico y Paramédico y de esta forma evitar las compras innecesarias, estancamiento en bodegas y lo más importante evitar su pérdida o deterioro.

El mantener un sistema de control interno de los insumos médicos, permitirá evidenciar las reales necesidades de insumos que requiere el Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, con esto se puede optimizar el uso de los recursos económicos, lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El mantener un sistema de control en el área de emergencia, evitara que los usuarios tengan que incurrir en gastos innecesarios, gastos que muchas veces no los pueden cubrir, y de igual forma el estado ahorrara recursos y podrá llegar a más usuarios.

El sistema de Control Interno en el Área de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, permitirá obtener información del manejo, control y el uso en cada uno de los usuarios del servicio.

La determinación de un sistema de control interno en el Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, permitirá entre otros, establecer el por qué los insumos no abastecen a todos los usuarios y las medidas correctivas que se requieran para mejorar el control.

1.6. LIMITACIONES

La investigación se la realizó durante el periodo marzo – agosto del 2014 en el Área de Emergencia del Hospital General Provincial Pablo Arturo Suarez ubicado en la ciudad de Quito porque los insumos médicos que son adquiridos por la Administración del Hospital y que son entregados para su uso y consumo del Área de Emergencia, no cuentan con un debido control, ocasionando que muchos de

estos insumos se escaseen muy pronto, ocasionando que estos sean adquiridos por los propios pacientes para poder ser atendidos; se aplicó una encuesta en el mes de junio al personal que presta sus servicios en el Área de Emergencia y que está a cargo del uso y custodia de los insumos médicos y posteriormente se analizó la información para con los resultados ver la necesidad de aplicar técnicas de solución a los problemas encontrados.

Para la realización de esta investigación fue necesario utilizar recursos económicos propios para financiar gastos de impresiones, copias y como recursos humanos a todos los empleados y trabajadores del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suarez que brindaron un momento de su valioso tiempo para contestar el cuestionario. Previamente se obtuvo la autorización de la Gerencia General para la aplicación de la misma.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. EL CONTROL INTERNO

2.1.1. Definición

“El control interno es un proceso continuo establecido por los funcionarios de la entidad y demás personal en razón a sus atribuciones y competencias funcionales, que permite administrar las operaciones y promover el cumplimiento de las responsabilidades asignadas para el logro de los resultados deseados en función de objetivos...” (LUNA, 2007, pág. 301)

Toda organización para el cumplimiento de sus objetivos debe mantener un sistema de control interno a todo nivel, es decir que cada funcionario dentro de sus competencias y atribuciones debe mantener una cultura de control interno.

2.1.2. Objetivos del control interno

El control interno se basa en el plan de organización y el conjunto de técnicas y procedimientos que aseguren que los bienes están debidamente protegidos, que los registros contables son confiables y que la actividad de la organización se desarrolla eficiente y eficazmente de acuerdo a las directrices dispuestas por la administración.

Los objetivos básicos son:

- Proteger los recursos y salvaguardar los bienes de la Entidad.
- Garantizar la razonabilidad y confiabilidad de la información.
- Promover la incorporación a las políticas administrativas establecidas.

- Lograr el cumplimiento de los objetivos y alcanzar las metas propuestas.
- Proteger y conservar el patrimonio público y/o privado, contra pérdida, robo, despilfarro, uso indebido, y cualquier irregularidad o acto ilegal.

2.1.3. Elementos del control interno

Se han identificado 5 elementos de control que se relacionan entre sí, y que son esenciales al estilo de gestión de la organización. Estos son:

- a) Ambiente de control
- b) Evaluación de Riesgos
- c) Actividades de Control
- d) Información y comunicación
- e) Supervisión y monitoreo

2.1.3.1. Ambiente de Control

El ambiente de control marca la pauta del funcionamiento de una empresa e influye en la concienciación de sus empleados respecto al control. Es la base de todos los demás elementos de control, aportando disciplina y estructura. Los factores del ambiente de control incluyen la integridad, los valores éticos y la capacidad de los empleados de la entidad, la filosofía de dirección y la forma de gestión, la manera en que la dirección asigna las responsabilidades, organiza y desarrolla profesionalmente a sus empleados y la atención, orientación e información que proporciona al consejo de administración.

Como principales factores del ambiente de control tenemos:

- La filosofía y el estilo de la alta dirección y /o la gerencia.
- El plan organizacional, la estructura, los reglamentos internos y los manuales de procedimientos de cada entidad.
- Los valores éticos la competencia profesional, la integridad y sobre todo el compromiso de todos los componentes de la organización, así como su apego a las políticas y objetivos propuestos.
- Los tipos de asignación de responsabilidades, de administración y desarrollo de los empleados.
- El grado de formulación de programas que contengan metas, objetivos e indicadores de rendimiento.

2.1.3.2. Evaluación de Riesgos

Los factores que pueden afectar o interrumpir el cumplimiento de las metas y los objetivos propuestos por la organización, se denominan riesgos. Estos pueden provenir del medio ambiente o de la entidad misma. Se debe considerar el establecer un proceso amplio que identifique y compare las interrelaciones relevantes de todas las áreas de la organización y de estas con el medio circulante, para de esta forma determinar los riesgos posibles.

2.1.3.3. Actividades de Control

Las actividades de control son las políticas y procedimientos que aseguran a la gerencia que se lleven a cabo las instrucciones impartidas a los empleados, para que realicen a cabalidad las actividades a ellos encomendadas. Ayudan a garantizar que se tomen las medidas que sean necesarias para controlar los riesgos que impidan la consecución de los objetivos institucionales.

Las actividades de control determinadas para un objetivo suelen ayudar también a otros objetivos, es decir que los operacionales pueden contribuir a detectar los riesgos en los objetivos relacionados con la confiabilidad de la información financiera, y estas a su vez al cumplimiento de las normas, y así sucesivamente.

Existen diversos tipos de control:

- Preventivos / Correctivos
- Manuales / Automatizados
- Gerenciales o Directivos

De igual forma es preciso señalar que en todos los niveles de la organización existen responsabilidades de control, y para ello es necesario que estén claramente definidas las funciones de cada uno de los agentes que intervienen en los procesos.

2.1.3.4. Información y comunicación

Tiene relación con los sistemas e informes que se utilizan para identificar, procesar y comunicar la información al personal, para que cada empleado conozca sus

responsabilidades. Es necesario que la alta gerencia emita mensajes claros acerca de la gestión y control que se realiza dentro de la Empresa.

Estos sistemas de información permiten identificar, determinar, recoger, procesar y divulgar datos concernientes a las actividades internas y externas, y funcionan en muchos casos como herramientas de supervisión a través de procedimientos previstos para el efecto. Sin embargo resulta importante contar con un esquema de información acorde con las necesidades institucionales que, en un contexto de cambios constantes, se acoplan rápidamente. Por lo tanto deben ajustarse, diferenciando entre indicadores de alerta y reportes periódicos, en apoyo de las disposiciones y actividades estratégicas, a través de la evolución desde sistemas exclusivamente técnico-financieros hasta otros integrados con las operaciones con el fin de obtener un mejor seguimiento y control de los mismos.

2.1.3.5. Supervisión y monitoreo

Es un proceso que permite evaluar la calidad y eficiencia del control interno en la organización, es necesario que la Administración realice un monitoreo continuo, con el fin de evaluar si los empleados se encuentran realizando sus tareas a cabalidad o si es necesario realizar cambios. La supervisión se la debe hacer internamente con personal de la empresa (Auditoría Interna) y externamente (Auditoría Externa) con empresas especializadas.

2.1.4. Clasificación del Control Interno

2.1.4.1. Por el tipo

- **Control Interno Administrativo**

Comprende el plan organizacional, las técnicas y procedimientos relacionados con la eficiencia en las operaciones y su adhesión a las políticas de la empresa, no tiene relación directa con los registros financieros. Incluye análisis estadísticos, reportes de operaciones, programas de entrenamiento y capacitación de personal y controles de calidad.

- **Control Interno Contable**

Este control comprende el plan organizacional y todos los métodos y procedimientos relacionados directamente a salvaguardar los activos de la entidad y la confiabilidad y la razonabilidad de los registros contables. Incluye controles tales como el sistema de autorizaciones y aprobaciones de los registros y reportes contables.

2.1.4.2. Por la acción

- **Control Interno Previo:**

La organización debe establecer mecanismos y de igual forma procedimientos que permitan analizar las operaciones y actividades que se hayan proyectado cumplir, antes de su autorización, o de que esta se haya realizado, con el fin de determinar la veracidad de dichas actividades y operaciones, su legalidad y finalmente su conformidad con los planes, programas o proyectos.

El control previo será ejecutado por el todo personal responsable que interviene en el trámite normal de las operaciones y actividades.

- **Control Interno Concurrente**

Los niveles directivos y todos los cargos que tengan bajo su mando a un grupo de personas, adoptaran y aplicarán procedimientos de supervisión permanente durante la ejecución de las actividades, con el propósito de garantizar:

1. El logro de los resultados planificados.
2. El cumplimiento eficiente, eficaz y económico de las tareas encomendadas a cada trabajador.
3. El cabal cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias, normativas.
4. Precautelar el buen uso de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de la entidad.

- **Control Interno Posterior**

La máxima autoridad de cada entidad, con la asesoría de la unidad de auditoría interna o quien haga sus veces, establecerá los mecanismos que permitan evaluar periódicamente y con posterioridad a la ejecución de las operaciones:

1. El nivel de cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y normativas.
2. Los resultados de la gestión.

3. El grado de eficiencia, eficacia, efectividad y economía en la utilización de los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y naturales, y,
4. El impacto que estas han tenido en el medio ambiente.

2.1.5. Métodos de evaluación

Para evaluar el control interno se utilizan varios métodos, entre los cuales los más conocidos podemos citar los siguientes:

2.1.5.1. Cuestionarios

“Consiste en diseñar cuestionarios a base de preguntas que deben ser contestadas por los funcionarios y personal responsable, de las distintas áreas de la empresa bajo examen, en las entrevistas que expresamente se mantiene con este propósito.

Las preguntas son formuladas de tal forma que la respuesta afirmativa indique un punto óptimo en la estructura de control interno y que una respuesta negativa indique una debilidad y un aspecto no muy confiable; alguna preguntas probablemente no resulten aplicables, en ese caso, se utiliza las letras NA “no aplicable”. De ser necesario a más de poner las respuestas, se puede completar las mismas con explicaciones adicionales en la columna de observaciones del cuestionario o en hojas adicionales.

En las entrevistas, no solo se procura obtener un Si, No o NA, sino que se trata de obtener el mayor número de evidencias; posterior a la entrevista, necesariamente

debe validarse las respuestas y respaldarlas con documentación probatoria.”

(C.G.E.E., 2001, pág. 54)

2.1.5.2. Flujogramas

“Consiste en relevar y describir objetivamente la estructura orgánica de las áreas relacionadas con la auditoría, así como, los procedimientos a través de sus distintos departamentos y actividades.

Este método es más técnico y remediante para la evaluación, tiene ventaja frente a otros métodos porque permite efectuar el relevamiento siguiendo una secuencia lógica y ordenada, permite ver de un solo golpe de vista el circuito en su conjunto y facilita la identificación o ausencia de controles.

En la fase de planificación se ilustra mediante la presentación de flujogramas sobre la adquisición de medicinas y pago de remuneraciones.

Para la preparación, se debe seguir los siguientes pasos:

- 1) Determinar la simbología.
- 2) Diseñar el flujograma.
- 3) Explicar cada proceso junto al flujo o en hojas adicionales.” (C.G.E.E., 2001, pág. 56)

2.1.5.3. Descripciones narrativas

Es la descripción detallada de los procedimientos más importantes y las características del sistema de control interno que se está evaluando; estas explicaciones se refieren a procedimientos, registros, funciones, archivos, formularios, empleados responsables y áreas que intervienen en el sistema de control. Este método de evaluación se lo realiza en entrevistas y observaciones de actividades, documentos y registros.

2.1.5.4. Matrices

“El uso de matrices conlleva al beneficio de permitir una mejor localización de debilidades de control interno. Para su elaboración, debe llevarse a cabo los siguientes procedimientos previos:

- Completar un cuestionario segregado por áreas básicas, indicando el nombre de los funcionarios y empleados y el tipo de funciones que desempeñan.
- Evaluación colateral de control interno.” (C.G.E.E., 2001, pág. 58)

2.2. INVENTARIOS

2.2.1. Definición de inventarios

“El inventario es un recurso almacenado al que se recurre para satisfacer una necesidad actual o futura.” (MIGUEZ PEREZ Y BASTOS BOUBETA, 2006, pág. 1)

Los inventarios constituyen los stocks de suministros que contribuyen a las entidades a cumplir con sus metas y objetivos, permiten que las operaciones no se vean paralizadas por falta de productos para la producción o utilización, y ayudan a mantener en existencias los productos que puedan escasear o su adquisición requiera de mucho tiempo.

2.2.2. Finalidad de los inventarios

“Las funciones más utilizadas de los inventarios se recogen en la siguiente tabla:”

(MIGUEZ PEREZ Y BASTOS BOUBETA, 2006, págs. 1,2)

Funciones
Permitir que las operaciones continúen sin que se produzcan parones por falta de productos o materias primas.
Obtener ventajas por volumen de compras, ya que si la adquisición de artículos se produce en grandes cantidades, el coste de cada unidad suele disminuir.
Proporcionar unas reservas de artículos para satisfacer la demanda de los clientes y que no se queden sin el deseado.
Separar los procesos de producción y distribución. Así, por ejemplo, si la demanda de un producto es elevada sólo durante el inventario, la empresa puede elaborarlo a lo largo de todo el año y almacenarlo, evitando de este modo su escasez en invierno.

Salvaguardarse de la inflación y de los cambios de precio.

Protegerse de las roturas de inventario que pueden producirse por productos defectuosos, el mal tiempo, fallos de suministro de los proveedores, problemas de calidad o entregas inadecuadas.

2.2.3. Clasificación de los inventarios

Las empresas se aprovisionan de diferentes tipos de productos para poder cumplir con sus objetivos. Es necesario contar con bodegas para guardar estos productos y mantenerlos en perfectas condiciones para su uso o comercialización.

Existen varios tipos de inventarios, cuya diferencia fluctúa según el tipo de empresa o industria, los más comunes se serían los siguientes:

- **Inventarios de Materias Primas:** las empresas necesitan insumos y materiales para producir, estos insumos conocidos como “materia prima” son adquiridos en grandes cantidades, estos son manipulados y en muchos casos hasta transformados, por lo que requieren estar debidamente almacenados para cuando se requiera de ellos puedan ser fácilmente identificados.
- **Inventarios de mercancías:** corresponde a los bienes que son adquiridos por las empresas para ser comercializados sin que estos sufran de ninguna transformación.
- **Inventarios de productos en proceso:** corresponde a los bienes que han sufrido una transformación, es decir que han sido utilizados en el proceso de

producción y que se encuentran parcialmente terminados para su posterior venta.

- **Inventarios de productos terminados:** se trata del inventario de aquellos productos que fueron manipulados y transformados durante todo el proceso de producción y que se encuentran en su etapa final, listos para su comercialización y venta.
- **Inventarios de materiales y suministros:** en este tipo de inventarios se encuentran todos los bienes y productos que se necesitan para las actividades de administración y producción de la empresa, tales como suministros de oficina, aseo, insumos médicos, combustibles, alimentos, etc.

2.3. ADQUISICIONES O ABASTECIMIENTO

2.3.1. Definición de abastecimiento en hospitales

“Se entiende por abastecimiento y suministros la parte de la logística que trata sobre las actividades que se desarrollan para la adquisición, el almacenamiento y el suministro a los pacientes de un hospital y a sus trabajadores, tanto de los medicamentos, alimentos, como de los demás elementos de uso sanitario y administrativo. Lo anterior debe ser suministrado de manera oportuna, en las cantidades exactas, con la calidad óptima y en el lugar apropiado, de tal forma que el hospital cumpla plenamente con sus objetivos y metas en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud.” (MALAGÓN LONDOÑO - GALÁN MORERA - PONTÓN LAVERDE, 2008, pág. 376)

Las adquisiciones de los insumos en forma oportuna, con las características exactas requeridas por las diferentes unidades, con las cantidades reales, y con proveedores confiables y con experiencia probada en el mercado de este tipo de insumos; permiten que las actividades de las entidades no se vean afectadas y puedan contribuir al logro de sus objetivos.

2.3.2. Objetivos del sistema de adquisiciones

Los principales objetivos del sistema de adquisiciones se resumen en:

- **Mantener un adecuado suministro:** es indispensable que se mantenga un adecuado nivel de inventarios, para evitar el desabastecimiento de los insumos durante la el tiempo que demora adquirir los mismos, considerando este tiempo desde el pedido hasta el día que el proveedor entrega los productos a satisfacción de la entidad.
- **Mantener la calidad:** existen en el mercado muchos productos que a simple vista parecen ser los mismos, pero desafortunadamente su calidad varía significativamente uno de otros dependiendo el fabricante.
- **Minimizar los costos:** este objetivo se lo puede lograr mejorando los procedimientos de adquisición, considerando las cantidades en volúmenes considerables de compra, así como tener niveles mínimos y máximos de inventarios.
- **Obtener el menor costo total posible:** este objetivo no se refiere necesariamente al costo total de adquisición de un producto, sino al tipo de producto que se adquiere, es decir que se pueden adquirir productos

considerando su composición, empaque, obsolescencia, aspectos que en muchos casos no afectan en su uso.

- **Mantener la excelencia en el servicio en el hospital:** este objetivo se logra adquiriendo productos de muy buena calidad y manteniendo un stock permanente de los mismos.

2.4. EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTROL INTERNO

2.4.1. CORRE

Control de los recursos y los riesgos – Ecuador –

El Proyecto Anticorrupción ¡Si Se Puede! Financiado a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en el año 2006 tiene como principal objetivo apoyar al Ecuador en la Lucha Contra la Corrupción, para lo cual a través de su asesor el Doctor Mario Andrade Trujillo impulso la elaboración del estudio: CONTROL DE LOS RECURSOS Y LOS RIESGOS ECUADOR (CORRE), el cual se considera como el medio más eficaz para prevenir fraudes o identificar oportunamente irregularidades o posibles errores.

En la elaboración de este estudio, se tomó como referencia conceptual y técnica los estudios realizados por el Committee of Sponsoring Organizations: Informe COSO emitido en 1992; y, Gestión de Riesgos Corporativos-Marco Integrado emitido en 2004 cuya traducción al idioma español fue elaborada por Price Waterhouse & Cooper y el Instituto de Auditores Internos de España; a más de estos dos estudios, se consideró como fundamento el Marco Integrado de Control Interno Latinoamericano conocido como MICIL, el mismo que fue elaborado en el año 2004,

por el ecuatoriano Edison Estrella con el auspicio del proyecto Responsabilidad / Anticorrupción en las Américas.

Este estudio fue aceptado de muy buena manera en las actividades empresariales e inclusive en las actividades de cátedra.

El CORRE desarrolla su estudio a través de los siguientes componentes:

- Ambiente Interno de Control
- Establecimiento de Objetivos
- Identificación de Eventos
- Evaluación de Riesgos
- Respuesta a los Riesgos
- Actividades de Control
- Información y Comunicación
- Supervisión y Monitoreo

2.4.2. MICIL

Marco integrado de control interno latinoamericano

La Conferencia Interamericana de Contabilidad de San Juan, Puerto Rico en el año 1999 recomienda un marco latinoamericano de control interno similar al COSO en base a las realidades propias de la región. Para el efecto se nombra una comisión especial integrada por representantes de la Asociación Interamericana de Contabilidad (AIC) y la Federación Latinoamericana de Auditores Internos (FLAI), quienes estuvieron a cargo de iniciar el desarrollo de tal marco.

En el año 2004 se emite el MICIL, el cual es un modelo basado en los estándares de control interno para las pequeñas, medianas y grandes empresas desarrollado en el informe COSO.

Los informes COSO y MICIL recomiendan al control interno como un modelo integrado de gestión, que se fundamenta en los valores y en un código de conducta ética, con el fin de sensibilizar a todas las personas de su responsabilidad por el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con la entidad, los usuarios y la sociedad en general.

2.4.3. COSO I

El informe elaborado por el COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS, (Informe de Organismos Patrocinadores) conocido por sus siglas en inglés como el informe COSO, fue publicado en EE.UU. en el año de 1992, nace como una respuesta a las inquietudes que planteaban la diversidad de conceptos, definiciones e interpretaciones existentes en torno a todo lo relacionado con el control interno, convirtiéndose en una herramienta para incentivar la responsabilidad, honestidad y sobre todo la transparencia de la gestión de los administradores de los sectores públicos y privados, y de esta forma optimizar el uso de sus recursos.

El informe COSO plasma el resultado de un trabajo realizado durante más de cinco años por el grupo de trabajo que la TREADWAY COMMISSION, NATIONAL COMMISSION ON FRAUDULENT FINANCIAL REPORTING creó en Estados Unidos en 1985. El grupo estaba conformado por delegados de las siguientes organizaciones:

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

A través de este informe, el control interno se define entonces como un proceso diseñado para el manejo de los directivos, autoridades, y en sí de todo el personal de la entidad, con el objetivo de proporcionar una garantía razonable en la ejecución de sus actividades para el logro de los objetivos institucionales.

El control interno pretende alcanzar:

- ❖ Efectividad y eficiencia de las operaciones.
- ❖ Confiabilidad de la información financiera.
- ❖ Cumplimiento de las leyes y normas que sean aplicables.
- ❖ Salvaguardia de los recursos

Se implementan 5 componentes de control interno que son:

- 1) Ambiente de control: es la base de todos los demás elementos de control, aportando disciplina y estructura. Los factores del ambiente de control incluyen la integridad, los valores éticos y la capacidad de los empleados de la entidad, la filosofía de dirección y la forma de gestión, la manera en que la dirección asigna las responsabilidades, organiza y desarrolla profesionalmente a sus empleados y la atención, orientación e información que proporciona al consejo de administración.

- 2) Evaluación de Riesgo: se debe considerar el establecer un proceso amplio que identifique y compare las interrelaciones relevantes de todas las áreas de la organización y de estas con el medio circulante, para de esta forma determinar los riesgos posibles.
- 3) Actividades de Control: son las políticas y procedimientos que aseguran a la gerencia que se lleven a cabo las instrucciones impartidas a los empleados, para que realicen a cabalidad las actividades a ellos encomendadas.
- 4) Información y comunicación: son los sistemas e informes que se utilizan para identificar, procesar y comunicar la información al personal, para que cada empleado conozca sus responsabilidades. Es necesario que la alta gerencia emita mensajes claros acerca de la gestión y control que se realiza dentro de la Empresa.
- 5) Supervisión y monitoreo: es un proceso que permite evaluar la calidad y eficiencia del control interno en la organización, es necesario que la Administración realice un monitoreo continuo, con el fin de evaluar si los empleados se encuentran realizando sus tareas a cabalidad o si es necesario realizar cambios.

2.4.4. COSO II

Gestión de Riesgos Corporativos-Marco Integrado (COSO II)

En el año 2004 con el afán de iniciar con la adopción de nuevas estrategias que permitan obtener los objetivos institucionales y de cada uno de los niveles de la entidad en un ambiente de transparencia y honestidad, la COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS (COSO) conjuntamente con la American Accounting Association (AAA), American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), Financial Executive Institute (FEI), Institute of Internal Auditors (IIA) y el Institute of Management Accountants (IMA), emitieron un Segundo informe denominado COSO II, el cual frente a los informes COSO I y MICIL se incorporan los siguientes aspectos:

- a) Se incorporan objetivos ESTRATEGICOS, los cuales se suman a los objetivos que contiene el COSO I; tales como : OPERATIVOS; DE INFORMACION; y, DE CUMPLIMIENTO.
- b) Se incrementan 3 componentes más a los 5 constantes en el COSO I, estos son: ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS; IDENTIFICACION DE EVENTOS; y, RESPUESTA A LOS RIESGOS.
- c) Se recalca sobre la adopción de estrategias y en la administración de los RIESGOS con la participación constante de cada uno de los miembros de la entidad, mediante la utilización de herramientas que permitan evitarlos, disminuirlos, compartirlos o aceptarlos.

2.4.5. MARCO CONCEPTUAL

Activo.- “La propiedad de una empresa es el conjunto de bienes materiales, valores y productos inmateriales que se mantienen para el normal desarrollo de las actividades que requiere una empresa. En contabilidad, esta propiedad se denomina Activo”. (ZAPATA, 2003, pág. 17)

Adquisición.- “Acto o hecho en virtud del cual una persona obtiene el dominio o propiedad de un bien, servicio o algún derecho real sobre éstos. Puede tener efecto a título oneroso o gratuito, a título singular o universal, por cesión o herencia.” (VIDALES RUBÍ, 2003, pág. 31)

Asiento contable.- “Es la fórmula técnica de anotación de las transacciones bajo el principio de la Partida Doble”. (ZAPATA, 2003, pág. 47)

Auditoria.- “Es el examen objetivo y sistemático de las operaciones financieras y administrativas de una entidad, practicado con posterioridad a su ejecución y para su evaluación. Revisión, análisis y examen periódico que se efectúa a los libros de contabilidad, sistemas y mecanismos administrativos, así como a los métodos de control interno de una organización administrativa, con el objeto de determinar opiniones respecto de su funcionamiento.” (VIDALES RUBÍ, 2003, pág. 52)

Bodega.- Espacio destinado al almacenamiento de distintos bienes, se encuentran generalmente en industrias, hospitales, restaurantes, colegios, supermercados, aeropuertos, etc.; para una correcta conservación y mantenimiento de los bienes, las bodegas deben ser amplias y deben contar con la ventilación y la iluminación necesaria de acuerdo al tipo de bien a almacenar.

Contabilidad.- “Es la ciencia que estudia el *Patrimonio*, y las variaciones que en él se producen. El Objeto de la Contabilidad es la medición adecuada del Patrimonio en sus diversos aspectos...” (REY POMBO, 2011, pág. 4)

Control Interno.- “El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento.” (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009, pág. 234)

Plan de cuentas.- “Denominado también catálogo de cuentas, es la numeración de cuentas ordenadas sistemáticamente aplicables a un negocio específico que proporciona los nombres y los códigos de cada una de las cuentas”. (VELA PASTOR, 1996, pág. 39)

Cuentas por cobrar.- “En esa cuenta se controla el movimiento de los créditos personales o simples concedidos por la empresa por la venta de mercaderías o servicios. Estos créditos no tienen respaldo de documentos (Letras de cambio, Pagarés).” (BRAVO VALDIVIEZO, 2002, pág. 34)

Ecuación contable.- “Es una igualdad que representa los tres elementos fundamentales en los que se basa toda actividad económica (Activo A, Pasivo P y Patrimonio Pt). Luego, la ecuación contable es: $A = P + Pt$.” (BRAVO VALDIVIEZO, 2002, pág. 4)

Eficacia.- Capacidad para producir el efecto deseado, esperado, anhelado o de ir bien para determinada cosa.

Eficiencia.- La palabra eficiencia proviene del latín *efficientica* que en español quiere decir, acción, fuerza, producción. Se define como la capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función o actividad.

Gastos.- “Denominados también egresos, constituyen los desembolsos necesarios que se realizan para cumplir con los objetivos de la empresa tales como: sueldos, servicios básicos, suministros y materiales, etc.” (BRAVO VALDIVIEZO, 2002, pág. 5)

Ingresos.- “Es un elemento económico, sinónimo de renta y antónimo de gastos, es la razón principal de un negocio, es decir, perseguir la generación de efectivo, mediante las ventas de los bienes o servicios que produce o presta.”(BRAVO VALDIVIEZO, 2002, pág. 5)

Insumos.- Es todo aquello disponible para el uso y consumo en el desarrollo de las actividades dentro de una organización o empresa; para el caso de servicios de salud se les considera insumos a los recursos de entrada al proceso cuyo flujo de salida es el servicio entregado.

Inventarios.- “Materias primas utilizadas para su transformación y venta. Por ejemplo, las existencias de una fábrica de electrodomésticos serían los aparatos pendientes de vender, las piezas pendientes de terminar y los aparatos no acabados.” (VELA PASTOR, 1996, pág. 43)

Inventario Físico.- “Se trata de relacionar en un documento todos los activos materiales de que dispone la empresa. Debe recoger: número de activo, fecha de adquisición, precio de adquisición, proveedor, concepto, número de serie (ordenadores, etc.), método y años de amortización, amortización acumulada y valor neto.” (REY POMBO, 2011, pág. 58)

Importancia de los Sistemas.- “En una empresa el funcionamiento del proceso contable depende de los sistemas. De esto se deduce la importancia que tienen los sistemas y cómo su uso, redundará en beneficios para toda empresa. Es imposible llevar un adecuado control sobre las operaciones y transacciones financieras, son contar con los sistemas mecanizados desarrollados en las computadoras. La mayor responsabilidad de un gerente es la de tomar decisiones de tipo financiero y no financiero; el proceso de toma de decisiones se basará necesariamente en la información generada por los sistemas de información gerencial implantadas con ese objetivo.” (CATACORA, 1997, pág. 21)

Normas de Control Interno.- Son normas que se deben cumplir para alcanzar la misión institucional, deberá contribuir al cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. Se encuentran agrupadas por áreas y sub-áreas.

Planificación.- La planificación es un método que permite ejecutar planes de forma directa, los cuales serán ejecutados y evaluados en función del planeamiento.

Procedimiento.- La sucesión cronológica o secuencial de actividades relacionadas entre sí, y que precisan de manera sistemática la forma de realizar una función o una parte de esta.

Recursos Financieros.- Son aquellos recursos que la entidad obtiene o genera en un periodo determinado, determinado por su origen o su fuente, y la manera en que son aplicados o utilizados en las actividades de la entidad.

Sistema de Control Interno.- “El sistema de control interno es totalizante y está adherido con las operaciones en su concepto, objetivo, elementos y métodos de evaluación. En consecuencia el sistema de control interno, se constituye en un plan de organización que incluya todos los sistemas, métodos y procedimientos adoptados por una organización con el objeto de proteger los activos, patrimonio y pasivo, generando información confiable, veraz, integra y verificable, con el compromiso de todo el personal de la empresa al cumplimiento de las políticas, metas y objetivos con eficiencia operacional y funcional.” (FUENTES MEDINA, 2012, pág. 48)

Sistema.- “Un sistema es un conjunto de elementos, entidades o componentes que se caracterizan por ciertos atributos identificables que tienen relación entre sí y que funcionan para lograr un objetivo común.” (CATACORA, 1997, pág. 25)

Sistema contable.- “Un sistema de información contable comprende al menos los siguientes elementos: Hardware donde se procesa la información, software o programas, recursos humanos, políticas y normas contables adoptadas por la entidad. Dentro del funcionamiento de un sistema contable; debemos definir las siguientes áreas de análisis: área tecnológica, programas y software relacionados, políticas contables, estructura organizacional.” (CATACORA, 1997, págs. 52,53)

2.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

- Actitud hacia el Control Interno
- Personal que se encuentra a cargo de los insumos
- Pacientes que acuden a solicitar servicio
- Periodo de dotación de insumos.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

TABLA No. 1

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Actitud hacia el Control Interno Aceptacion del personal del Area de Emergencia hacia el Control Interno	Niveles	Leve Moderado Intenso
Personal que se encuentra a cargo de la custodia y manejo de los insumos: Personas que laboran en el Area de Emergencia y que tengan relación directa	Niveles	Directivo Administrativo Médico Operacional De apoyo

sigue:

viene:

con el paciente y los insumos.		Técnico
Pacientes que acuden a solicitar el servicio: Personas que acuden al servicio de emergencia y que requieren de insumos médicos para su tratamiento.	Edades	de 15 a 30 años de 31 a 40 de 41 a 60 años mayores de 61
Periodo de dotacion de insumos: Período en el cual se dota de insumos al Area de Emergencia.	Períodos	Cada 7 días Cada 15 días Cada 30 días Mas de 3 días
Proceso de Implantacion del Sistema de Control Interno	Períodos	Primer cuatrimestre Segundo cuatrimestre Tercer cuatrimestre

Fuente: HPAS

Elaborado por: JOSE TORRES MALDONADO

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El método a utilizar en la investigación será:

EL MÉTODO CIENTÍFICO: este método servirá para investigar los fenómenos particulares que están ocurriendo en el manejo y control de los insumos médicos en el área de emergencia de la Institución de Salud, incluyendo el análisis de situación actual y el planteamiento de una propuesta de solución al problema detectado.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es explicativa, ya que se considera que el proyecto se fundamenta en la: Creación de un Sistema de Control Interno para el manejo de insumos médicos en el Área de Emergencias del Hospital “Provincial General Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito, lo que contribuirá al correcto funcionamiento del Área de Emergencia.

La población con la que se trabajará en el presente estudio será considerada en una muestra representativa del total general, lo que permitirá tener una mejor conclusión del fenómeno a ser investigado, y posteriormente socializar los resultados al personal Directivo de la Casa de Salud.

Se realizó la observación directa en el campo, para revisar los casos particulares y los registros de los mismos.

La presente investigación será documental y bibliográfica, en la cual se emplearán como fuente de consulta y análisis libros relacionados con Contabilidad, Auditoria y Estudios de control interno, con la finalidad de contar con información de soporte y ayuda de acuerdo a los objetivos del proyecto.

3.2. TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las técnicas de investigación a utilizarse, se realizarán las siguientes:

El cuestionario: se aplicará al personal Directivo, Jefe de Área de Emergencia y el personal del Área Contable del Hospital, lo que permitirá identificar los problemas por los cuales el control interno es deficiente en la Institución.

La encuesta: esta técnica será aplicada al personal médico y paramédico del área de Emergencia a través del instrumento conocido como cuestionario, con el fin de conocer los datos más relevantes sobre el manejo, utilización y control de los insumos médicos dentro de este servicio; la aplicación de la encuesta aportará con los datos más importantes que se requieren para cumplir con el objetivo de este estudio.

Observación de campo: se efectuará visitas directas al lugar donde se mantienen los insumos, al igual que se podrá tener acceso a los archivos contables, reportes, inventarios, informes, etc., con el fin de obtener los datos reales y validos que aporten a la creación del Sistema de Control Interno de Insumos Médicos para el área de Emergencia.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de la población del Área de Emergencia del Hospital General Pablo Arturo Suarez cuenta con la siguiente nómina de empleados y trabajadores:

CARGO	Nro. De empelados
Director de Servicio	1
Médicos Tratantes	3
Médicos Generales	4
Médicos Residentes	4
Jefe de Enfermeras	1
Enfermeras	14
Auxiliares de enfermería	13
Total:	40

Para el presente estudio, se utilizará como muestra a las 40 personas que laboran en el servicio.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Diagnóstico de los contenidos de la encuesta

No.1: ¿El Área de Emergencia cuenta con todos los insumos necesarios para la atención a los pacientes?

No.2: ¿Existe en el Área de Emergencia una bodega que cuente con todas las características necesarias para el almacenamiento de insumos médicos?

No.3: ¿Los insumos médicos se encuentran debidamente organizados, codificados e identificados permitiendo su fácil identificación, ubicación y acceso?

No.4: ¿Se efectúan constataciones físicas periódicas (cada día) de los saldos existentes en el Servicio?

No.5: ¿El Área de Emergencia tiene designada alguna persona responsable del control, despacho y uso de insumos médicos?

No.6: ¿Cuándo se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, se debe llenar algún documento de descargo de existencias?

No.7: ¿Entre los cambios de turnos se hace la entrega recepción de todos los insumos médicos existentes en el Área, entre el servidor que sale y el servidor entrante al turno?

No.8: ¿Se cuenta con un instrumento de control en el cual se registra y se controla cada una de las entradas y salidas de insumos médicos, el cual permita conocer el saldo real de las existencias?

No.9: ¿Existen normas escritas y actualizadas que indique la forma que deben ser controlados y manipulados los insumos médicos?

No.10: ¿Cuándo el Área de Emergencia no cuenta con insumos médicos, estos nunca tienen que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos?

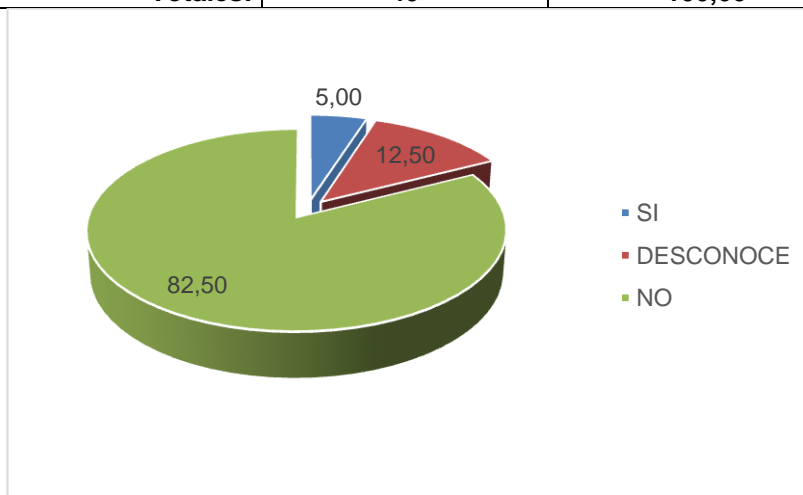
No.11: ¿Las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos médicos dentro del Área de emergencia, son de fácil acceso ante cualquier emergencia?

No.12: ¿Se cuenta con información computarizada del stock de insumos médicos con los que cuenta el Área de Emergencia?

No.1: ¿El Área de Emergencia cuenta con todos los insumos necesarios para la atención a los pacientes?

GRÁFICO No.1

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	2	5,00
NO	33	82,50
DESCONOCE	5	12,50
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS

ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

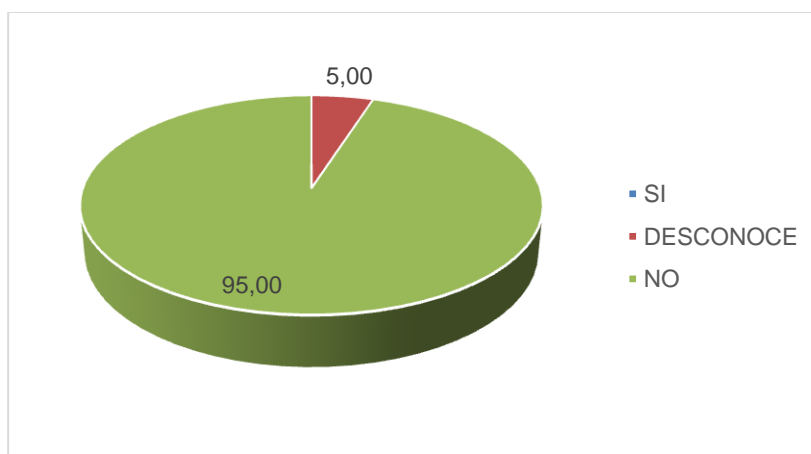
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 5% que corresponde a 2 personas de indistinto género respondieron que cuentan con todos los insumos necesarios para la atención a los pacientes, seguido del 12.50% que corresponde a 5 personas que desconocen de la existencia de insumos médicos y un 82.50% correspondiente a 33 empleados que consideran que no existen los insumos necesarios para la atención.

No.2: ¿Existe en el Área de Emergencia una bodega que cuente con todas las características necesarias para el almacenamiento de insumos médicos?

GRÁFICO No.2

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	0	0,00
NO	38	95,00
DESCONOCE	2	5,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS

ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

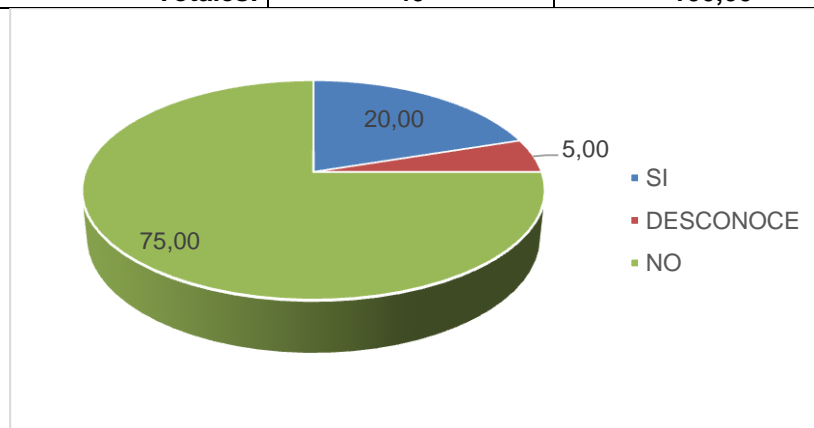
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 5% que corresponde a 2 personas de indistinto género respondieron que desconocen si existe una bodega que cuente con todas las características necesarias para el almacenamiento de insumos médicos y un 95% correspondiente a 38 empleados que consideran que NO existen una bodega que cuente con todas las características necesarias.

No.3: ¿Los insumos médicos se encuentran debidamente organizados, codificados e identificados permitiendo su fácil identificación, ubicación y acceso?

GRÁFICO No.3

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	8	20,00
NO	30	75,00
DESCONOCE	2	5,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

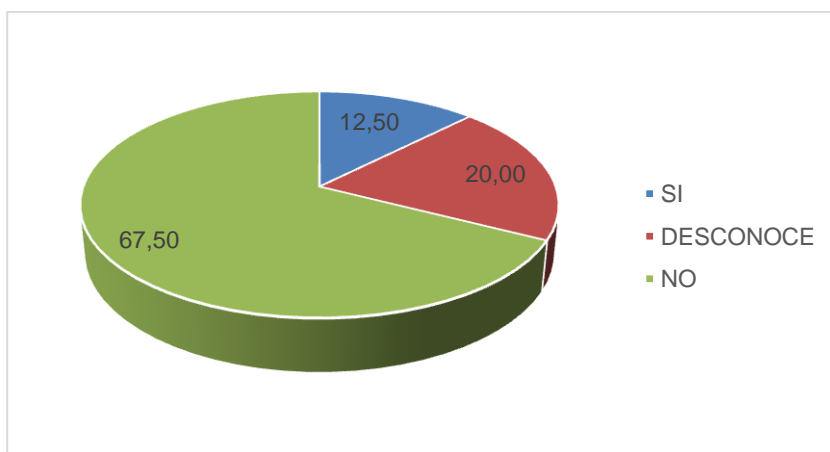
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 20% que corresponde a 8 personas de indistinto género respondieron que los insumos médicos se encuentran debidamente organizados, codificados e identificados permitiendo su fácil identificación, ubicación y acceso, seguido del 5% que corresponde a 2 personas que desconocen si se encuentran o no y un 75% correspondiente a 30 empleados que consideran que los insumos médicos NO se encuentran debidamente organizados.

No.4: ¿Se efectúan constataciones físicas periódicas (cada día) de los saldos existentes en el Servicio?

GRÁFICO No.4

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	5	12,50
NO	27	67,50
DESCONOCE	8	20,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

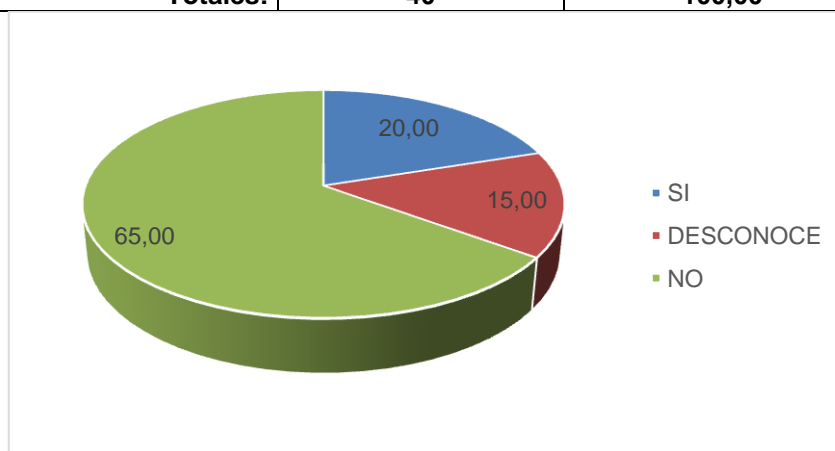
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 12.50% que corresponde a 5 personas de indistinto género respondieron que si se efectúan constataciones físicas periódicas (cada día) de los saldos existentes en el Servicio, seguido del 20% que corresponde a 8 personas que desconocen si se efectúan o no y un 67.50% correspondiente a 27 empleados que consideran que NO se efectúan constataciones físicas periódicas.

No.5: ¿El Área de Emergencia tiene designada alguna persona responsable del control, despacho y uso de insumos médicos?

GRÁFICO No.5

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	8	20,00
NO	26	65,00
DESCONOCE	6	15,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

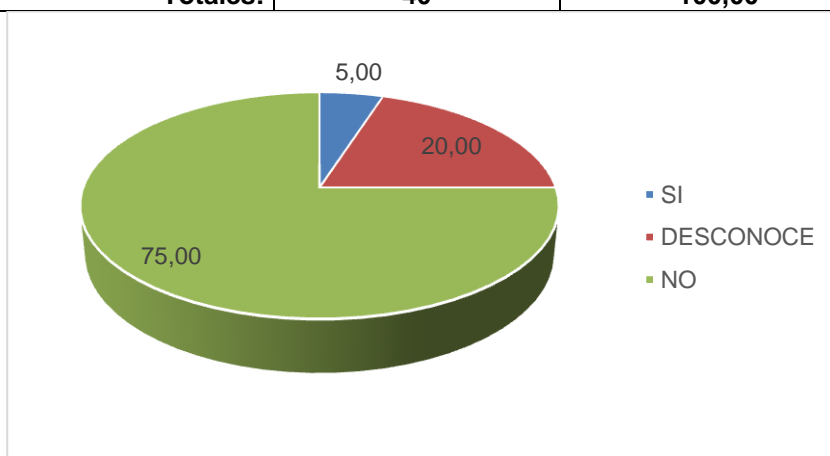
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 20% que corresponde a 8 personas de indistinto género respondieron que el Área de Emergencia si tiene designada una persona responsable del control, despacho y uso de insumos médicos, seguido del 15% que corresponde a 6 personas que desconocen si existe designada o no una persona y un 65% correspondiente a 26 empleados que consideran que NO existe una persona responsable designada para el control de los insumos.

No.6: ¿Cuándo se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, se debe llenar algún documento de descargo de existencias?

GRÁFICO No.6

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	2	5,00
NO	30	75,00
DESCONOCE	8	20,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

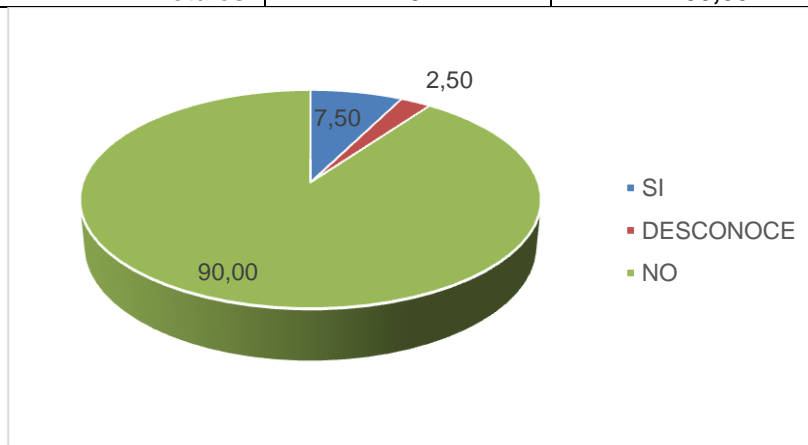
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 5% que corresponde a 2 personas de indistinto género respondieron que cuándo se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, si se debe llenar un documento de descargo de existencias, seguido del 20% que corresponde a 8 personas que desconocen si se llena o no algún documento y un 75% correspondiente a 30 empleados que consideran que cuándo se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, NO se llena ningún documento de descargo.

No.7: ¿Entre los cambios de turnos se hace la entrega recepción de todos los insumos médicos existentes en el Área, entre el servidor que sale y el servidor entrante al turno?

GRÁFICO No.7

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	3	7,50
NO	36	90,00
DESCONOCE	1	2,50
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

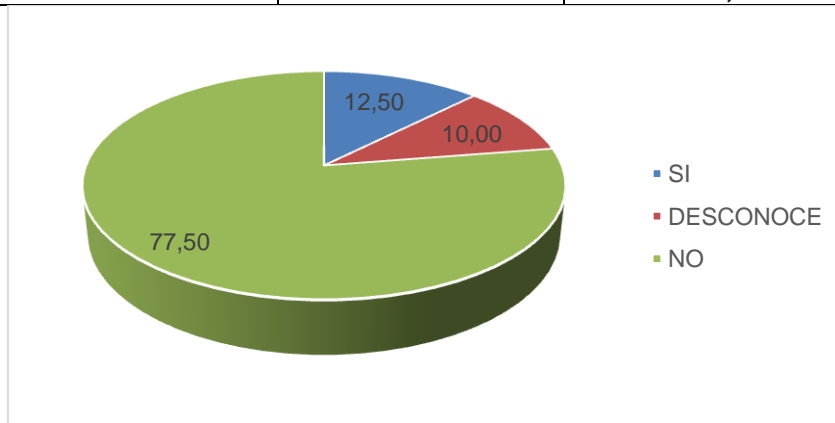
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 7.50% que corresponde a 3 personas de indistinto género respondieron que entre los cambios de turnos si se hace la entrega recepción de todos los insumos médicos existentes en el Área, seguido del 2.50% que corresponde a 1 persona que desconoce si se hace o no la entrega recepción y un 90% correspondiente a 36 empleados que consideran que entre los cambios de turnos NO se hace la entrega recepción de insumos.

No.8: ¿Se cuenta con un instrumento de control en el cual se registra y se controla cada una de las entradas y salidas de insumos médicos, el cual permita conocer el saldo real de las existencias?

GRÁFICO No.8

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	5	12,50
NO	31	77,50
DESCONOCE	4	10,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

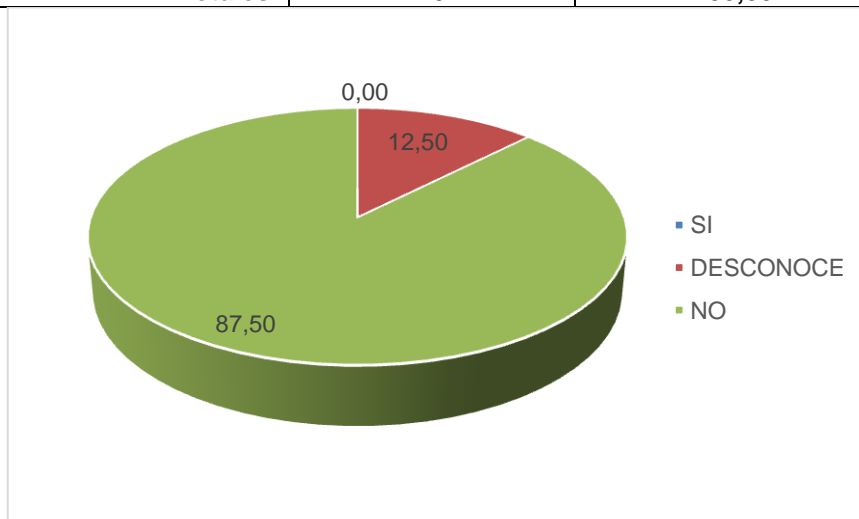
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 12.50% que corresponde a 5 personas de indistinto género respondieron que si se cuenta con un instrumento de control en el que se registran las entradas y salidas de insumos médicos, el cual permite conocer el saldo real de las existencias, seguido del 10% que corresponde a 4 persona que desconocen si se cuenta o no con un instrumento y un 77.50% correspondiente a 31 empleados que consideran que NO se cuenta con un instrumento que permita conocer los saldos de existencias de insumos.

No.9: ¿Existen normas escritas y actualizadas que indique la forma que deben ser controlados y manipulados los insumos médicos?

GRÁFICO No.9

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	0	0,00
NO	35	87,50
DESCONOCE	5	12,50
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

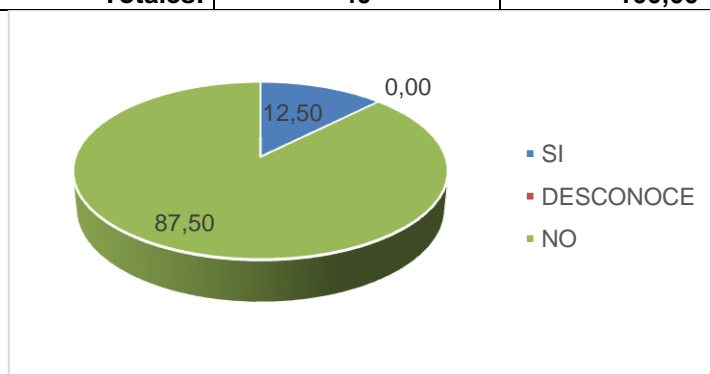
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 12.50% que corresponde a 5 personas de indistinto género respondieron que desconocen si existen normas escritas y actualizadas que indique la forma en que deben ser controlados y manipulados los insumos médicos y un 87.50% correspondiente a 35 empleados que consideran que NO se cuenta con normas escritas y actualizadas que indique la forma en que deben ser manejados y utilizados los insumos médicos.

No.10: ¿Cuándo el Área de Emergencia no cuenta con insumos médicos, estos nunca tiene que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos?

GRÁFICO No.10

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	5	12,50
NO	35	87,50
DESCONOCE	0	0,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

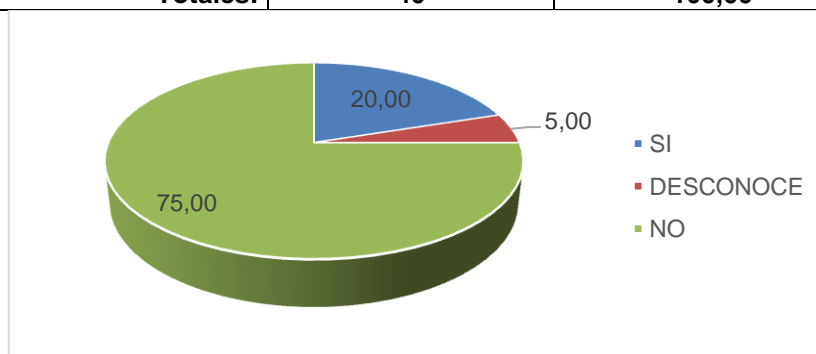
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 12.50% que corresponde a 5 personas de indistinto género respondieron que cuándo el Área de Emergencia no cuenta con insumos médicos, estos nunca tiene que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos y un 87.50% correspondiente a 35 empleados que consideran que, cuándo el Área de Emergencia no cuenta con insumos médicos, estos deben que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos.

No.11: ¿Las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos médicos dentro del Área de emergencia, son de fácil acceso ante cualquier emergencia?

GRÁFICO No.11

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	8	20,00
NO	30	75,00
DESCONOCE	2	5,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

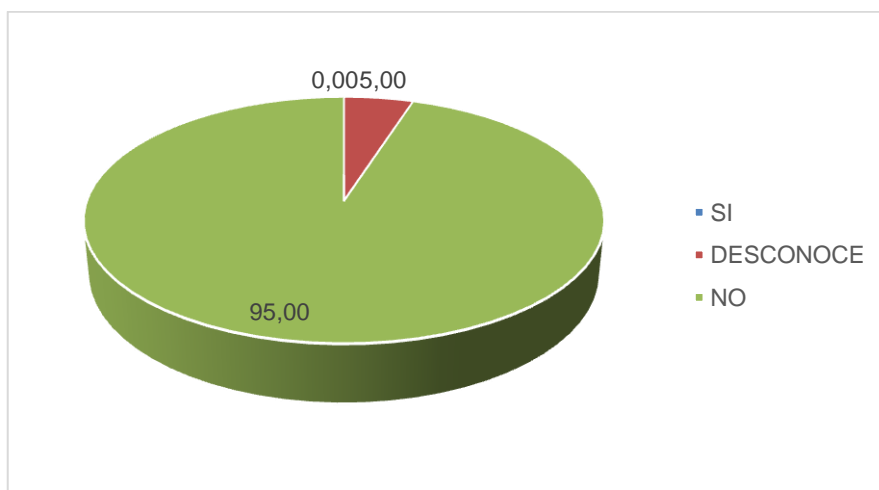
INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 20% que corresponde a 8 personas de indistinto género respondieron que las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos médicos dentro del Área de emergencia, son de fácil acceso ante cualquier emergencia, seguido del 5% que corresponde a 2 personas que desconocen si las vitrinas son de fácil acceso y un 75% correspondiente a 30 empleados que consideran que las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos médicos NO son de fácil acceso ante cualquier emergencia.

No.12: ¿Se cuenta con información computarizada del stock de insumos médicos con los que cuenta el Área de Emergencia?

GRÁFICO No.12

ALTERNATIVA	POBLACION	PORCENTAJE %
SI	0	0,00
NO	38	95,00
DESCONOCE	2	5,00
Totales:	40	100,00



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS el 5% que corresponde a 2 personas de indistinto género respondieron que desconocen si se cuenta con información computarizada del stock de insumos médicos con los que cuenta el Área de Emergencia y un 95% correspondiente a 38 empleados consideran que NO se cuenta con información computarizada del stock de insumos médicos con los que cuenta el Área de Emergencia.

4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.2.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO GENERAL DE LA ENCUESTA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Un conjunto de procedimientos de control interno es fundamental en cada entidad, la mitigación de los elementos que ayudan a proteger los bienes, asegurar el cumplimiento de las normas de la institución, promover la eficiencia, y garantizar la publicación de información financiera fiable, permite llevar a cabo un trabajo con un gasto mínimo de tiempo y esfuerzo, para de esta manera cumplir con sus objetivos con el mejor resultado y al menor costo.

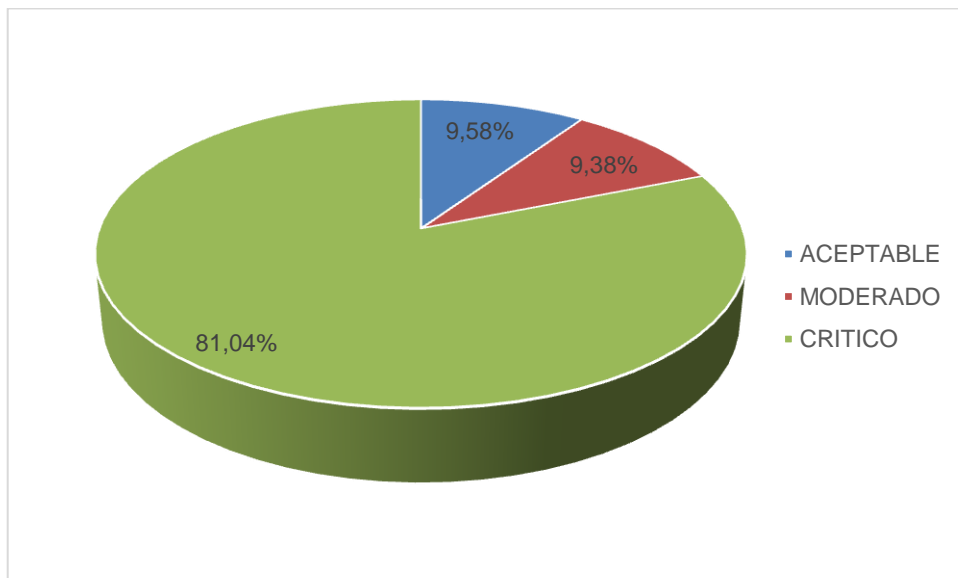
CUADRO No.1

PREGUNTAS No.	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
	ACEPTABLE	MODERADO	CRÍTICO	
1	5,00%	12,50%	82,50%	100,00%
2	0,00%	5,00%	95,00%	100,00%
3	20,00%	5,00%	75,00%	100,00%
4	12,50%	20,00%	67,50%	100,00%
5	20,00%	15,00%	65,00%	100,00%
6	5,00%	20,00%	75,00%	100,00%
7	7,50%	2,50%	90,00%	100,00%
8	12,50%	10,00%	77,50%	100,00%
9	0,00%	12,50%	87,50%	100,00%
10	12,50%	0,00%	87,50%	100,00%
11	20,00%	5,00%	75,00%	100,00%
12	0,00%	5,00%	95,00%	100,00%
TOTAL :	115,00%	112,50%	972,50%	1200,00%
PORCENTAJE	9,58%	9,38%	81,04%	100,00%
TOTAL NIVELES DE CONTROL INTERNO:				
NIVEL BAJO (ACEPTABLE)				9,58%
NIVEL MEDIO (MODERADO)				9,38%
NIVEL ALTO (CRÍTICO)				81,04%
TOTAL :				100,00%

FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

GRÁFICO No.1

NIVEL DE CONTROL INTERNO



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

INTERPRETACIÓN:

De la totalidad de 40 empleados del Área de Emergencia del HPAS en la evaluación de la encuesta que se refiere a la falta de Control Interno de los insumos médicos que se utilizan en esta Área, un 9.58% responde mantener un control interno aceptable, un 9.38% mantiene un control interno moderado, y un 81.04% un control interno crítico.

ANÁLISIS:

El 81.04% que mantiene un control interno crítico se debe en general a las siguientes causas:

- Falta de conocimiento
- Falta de compromiso
- La resistencia al cambio
- Mal manejo de inventarios
- Falta de comunicación
- Falta de políticas institucionales
- Falta en el control presupuestario y de gestión
- Fallas en los procesos internos
- Ausencia de políticas de mejora continua
- Altos niveles de desperdicios y despilfarros
- No conocer las normas de control
- Tener una mala actitud
- Falta de actualización continua de la base de datos de existencias
- Falta de un manual de procedimientos
- Subestimación o sobreestimación de la demanda de pacientes
- Falta de planificación
- Falta de estadísticas de consumo

CAPÍTULO V

5. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

5.1. GENERALIDADES

“El Hospital Pablo Arturo Suárez posee en su historia la reconocida actividad médica iniciada en 1565 cuando se fundó el HOSPITAL DE LA MISERICORDIA SAN JUAN DE DIOS en La Real Audiencia de Quito. En el creció y floreció la medicina quiteña, la medicina ecuatoriana y americana.

El Hospital San Juan de Dios fundado en la Época Colonial, se mantuvo por siglos hasta que el 21 de junio de 1973, cuando por graves deterioros en la infraestructura física, se traslada con todos sus recursos al norte de la ciudad y se fusiona con el Sanatorio de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), edificio que en 1958 fue creado para el aislamiento de personas enfermas de tuberculosis.

La fusión del Hospital San Juan de Dios y el Sanatorio de LEA, crea una nueva casa asistencial para dar atención de hospitalización al norte de la ciudad, constituyéndose de esa manera como Sanatorio Pablo Arturo Suárez, el mismo que en un comienzo dependió administrativamente de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, más tarde pasa a ser una unidad operativa Ministerio e Salud Pública por decreto supremo 1364 del 11 de Diciembre en 1974, con la denominación de Hospital Pablo Arturo Suárez, dependiendo técnica y administrativamente de la entonces, denominada Jefatura Provincial de Salud de Pichincha.

El hospital se inicia con 216 camas, de las cuales 120 estaban destinadas para Neumología, 48 camas para Medicina Interna y 48 camas para Cirugía. En septiembre de 1989 se pone al servicio de la comunidad la Consulta Externa y en Abril de 1993 se inauguraron los servicios de Obstetricia y Neonatología.

A fines de la década de los noventa, la consulta externa se desarrolla con los servicios de demanda espontánea de la población entre ellos con la especialidad en Traumatología, Urología y otros que responden a la morbilidad más frecuente de la población.

La dotación de Talento Humano y la capacidad operativa de infraestructura y de equipamiento fue insuficiente al comenzar el nuevo milenio, y para el 2002 planifica el proyecto MODERSA la readecuación del hospital, y en el año 2006 se cuenta con todas las áreas de hospitalización mejorada en su infraestructura, equipamiento y dotación de talento humano.

El número de camas de dotación normal es de 216, el promedio de camas disponibles es de 179 (camas agudos), más 19 camas para Neumología (camas crónicas).” (HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, 2008-2013, pág. 10)

5.2. MARCO LEGAL

“El artículo 42 de la Constitución Pública de la República , dispone que el Estado garantizará el derecho a la salud , así como la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad solidaridad, calidad y eficiencia.

El Ministerio de Salud Pública cumpliendo esta disposición, con registro oficial 06334 ordena la categoría de Hospital Provincial Docente con 216 camas en Noviembre del 2005.” (HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, 2008-2013, pág. 12)

5.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ emite el Reglamento Orgánico para su funcionamiento interno, acogiendo como base para su organización, estructura orgánica y funcional la Resolución Ministerial Nro. 00000620 del 12 de julio 2007, Art 1, Literal C, del Consejo Nacional de Salud y Dirección Nacional de Salud MSP, que regula el Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Macro procesos: GOBERNANTES

Los procesos gobernantes del Hospital Pablo Arturo Suárez, tiene como productos la Planificación, Organización, Conducción, Dirección, Ejecución y Evaluación del Subsistema y para ello tiene procesos gobernantes de Gestión:

• Procesos:	Responsables:
Conducción Estratégica y Participación:	Director General
Dirección técnica y de implementación:	Sub Director Técnico

Macro procesos: HABILITANTES DE APOYO

Los Procesos habilitantes del Hospital Pablo Arturo Suárez, tienen como productos ser insumos del proceso agregadores de valor, permiten la eficiencia y eficacia en la

atención, habilitan al proceso agregado de valor. Los procesos y subprocesos habilitantes son de entrada general del Subsistema y son los siguientes:

- **Procesos:**

Responsables:

Desarrollo Organizacional:

Coordinador de Gestión Institucional

- **Sub procesos:**

Gestión de Recursos Humanos:

Líder de Gestión de Talento Humano

Gestión de Servicios Institucionales:

Líder de Gestión de Servicios
Institucionales

Gestión de Hotelería:

Líder de Hotelería

Gestión de activos de larga duración:

Líder de Inventarios

Gestión de Mantenimiento:

Líder de Mantenimiento.

Gestión de Bienes de consumo:

Líder de Almacén

- **Procesos:**

Gestión Financiera:

Coordinador de Gestión Financiera

Líder de Contabilidad

- **Sub Procesos:**

Gestión de Presupuesto y Contabilidad:

Líder de Administración de Caja.

- **Proceso:**

Gestión de Enfermería: Coordinadora de Unidad de Gestión de

Enfermería

Líderes de enfermería en los servicios.

Macro procesos: DE VALOR AGREGADO

Los Procesos de valor agregado del Hospital Pablo Arturo Suárez generan el producto final o resultado del subsistema hospitalario, es el Paciente o usuario atendido en el Hospital Pablo Arturo Suarez, son procesos y subprocesos de salida general del Subsistema, Se agrupan en los siguientes:

- **Procesos: CALIFICACIÓN DE DEMANDA Y OFERTA HOSPITALARIA**
- **Sub procesos:**

Registros Médicos y Estadística:

Líder de Estadística

- **Procesos: ATENCIÓN EN SALUD EN LAS CUATRO ESPECIALIDADES BÁSICAS**

Emergencia:

Líder de Emergencia

Consulta Externa:

Líder de Consulta Externa (sub-especialidades)

Hospitalización:

Líder de Cirugía

Líder de Medicina Interna

Líder de Neumología

Líder de Traumatología

Líder de Gineco Obstetricia

Líder de Neonatología

Líder UCI

Líder de Centro Quirúrgico

- **Procesos: Servicios Técnicos Complementarios**

- **Sub Procesos: Diagnóstico**

Laboratorio Clínico: Líder de Laboratorio Clínico

Laboratorio de Anatomía Patológica: Líder de Laboratorio de Patología

Imagenología: Líder de Imagen

Endoscopia: Líder de Endoscopia.

- **Sub Procesos: Tratamiento Complementario**

Medicina Física y Rehabilitación: Líder de Rehabilitación

Trabajo Social: Líder de Trabajo Social

Farmacia: Líder de Farmacia

Nutrición y Dietética: Líder de Nutrición.

Servicio Transfusional: Líder del Servicio de Transfusional.

Macro procesos: HABILITANTES DE ASESORÍA

Los Procesos Habilitantes de Asesoría del Hospital Pablo Arturo Suárez generan el producto final de resultados de gestión del subsistema hospitalario, son procesos

de apoyo técnico, administrativo y jurídico, de los procesos de gobierno o gerencial del Hospital. Participan en asegurar la buena gestión gerencial técnica administrativa y jurídica legal del Hospital. Los productos finales son: informes de Gestión. Planificación Estratégica y seguimiento. Asesoría Jurídica. Comunicación social; imagen institucional, docencia e investigación. Perfil epidemiológico del hospital, referencia y contra referencia.

- **Procesos:**

Aseguramiento de la Calidad: Asesor de Aseguramiento de la Calidad

Asesoría Jurídica: Abogado asesor

Docencia e Investigación: Asesor de gestión en Docencia e Investigación

Epidemiología: Epidemiólogo/a

Gestión de Comunicación: Asesor en comunicación e imagen institucional.

Macro Proceso: COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

Procesos de participación: Los productos son de asesoría, interna y externa al subsistema hospitalario, que manifiestan la satisfacción del usuario interno y externo: sugieren y contribuyen en el desarrollo institucional y correctivo técnico y administrativos del macro proceso gobernante.

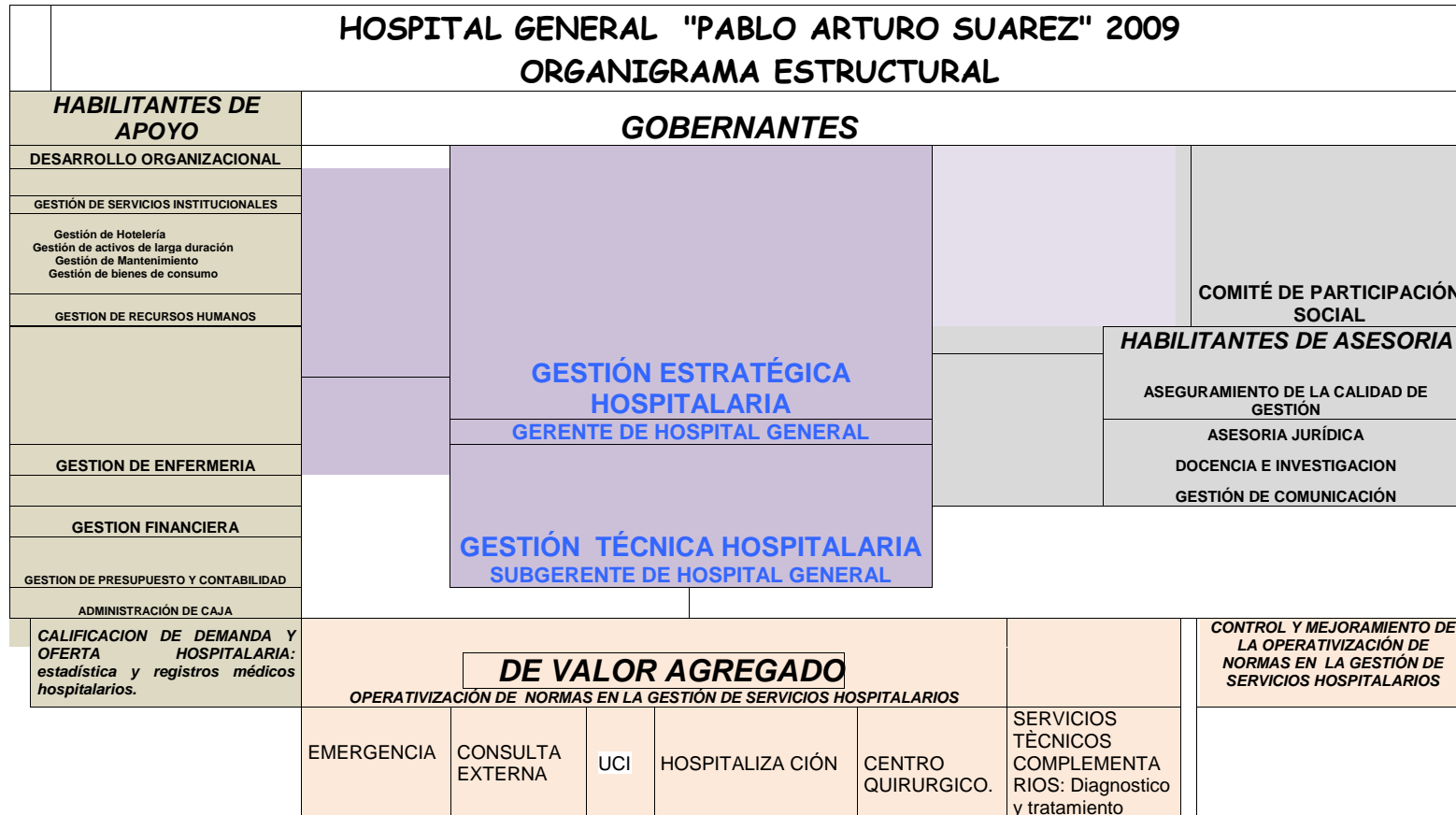
Comités Institucionales:

Los comités del hospital son organismos, nombrados por el Director General y constituyen un ente asesor de la dirección para promover la calidad, oportunidad y agilidad en el sistema técnico y administrativo. La reglamentación de cada uno de los comités está ceñida a la reglamentación y legislación vigente ecuatoriana y en particular a la del Ministerio de Salud del Ecuador.

- ❖ Comité de Desechos Hospitalarios
- ❖ Comité de Historias clínicas
- ❖ Comité de Bioética
- ❖ Comité de Farmacología
- ❖ Comité de Seguridad y Salud
- ❖ Comité de VIH
- ❖ Comité Técnico y de seguimiento al Plan Estratégico
- ❖ Comité Desastres

ORGANIGRAMA

GRÁFICO No.1



Fuente: Hospital Pablo Arturo Suárez

Elaborado por: Comisión del Plan Estratégico del HPAS

El servicio de emergencia del Hospital General Pablo Arturo Suarez cuenta con la siguiente nómina de empleados:

CUADRO No.1

CARGO	Nro. De empelados
Director de Servicio	1
Médicos Tratantes	3
Médicos Generales	4
Médicos Residentes	4
Jefe de Enfermeras	1
Enfermeras	14
Auxiliares de enfermería	13
Auxiliares de servicio	1
Choferes	3
Total:	44

Fuente: Investigación directa

Elaborado por: José Guillermo Torres Maldonado

El servicio de emergencia cuenta con un lugar asignado para guardar los insumos que la Jefe de Enfermeras retira de la bodega general, este lugar no está junto al servicio, este lugar está ubicado en un pasillo de acceso junto a los ascensores de la planta baja, los insumos que de a poco son retirados de este lugar son ubicados en estanterías sin ningún tipo de seguridad y que se encuentran dentro del counter de atención al cliente y los mismos están al alcance de todo el personal que labora en el servicio, ya que no se encuentran bajo ninguna seguridad; es importante

destacar que el cuarto tipo bodega de insumos está a cargo de la Jefe de Enfermeras.

Los principales problemas detectados en el proceso de manejo de insumos médicos son los siguientes:

El Líder de Enfermeras trabaja en horario administrativo, de lunes a viernes en horario de 8 a 16H30. Como práctica para no desabastecer al servicio de insumos médicos, cada tarde o a su vez cada viernes, la Jefe de enfermeras deja un stock de reserva, pero este stock es un simple aproximado de lo que podrían utilizar en los pacientes, ya que no se cuenta con estadísticas de consumo sino más bien a criterio de la enfermera se deja un stock suficiente para abastecer las emergencias; estos insumos se guardan en unas vitrinas sin ningún tipo de seguridad y los mismos quedan al alcance de todo el personal que labora en el servicio.

El poco presupuesto asignado al Hospital, la falta de todo el repertorio de insumos médicos necesarios en el servicio y sumado a esto la falta de un sistema de control del inventario de existencias de insumos médicos, genera sobre todo malestar en los pacientes que acuden al servicio de emergencia y que a falta deben comprar los insumos para ser atendidos.

En el personal que trabaja en esta área se ha detectado renuencia hacia la implementación de un sistema de control que permita corregir estas anomalías y falta de cultura de control interno, demostrando de esta manera una negativa actitud hacia el control interno; mediante un sondeo realizado al personal médico y

paramédico del servicio de emergencia, al ser consultado sobre los motivos por los cuales creen ellos que no es posible manejar un sistema de control, los comentarios recibidos fueron los siguientes:

- ✓ No se puede controlar algo que no hay, el servicio planifica y solicita la dotación de insumos, pero la Bodega General despacha lo que ellos creen conveniente o simplemente les dan lo que en ese momento tienen en stock.
- ✓ No hay tiempo ni para llenar los formularios propios del servicio de emergencia, peor tendrían tiempo para llenar los instrumentos de control.
- ✓ Falta de personal designado específicamente para el control de insumos.
- ✓ Incumplimiento de procedimientos: los médicos no llenan las recetas de descargo.
- ✓ Se llenan recetas pero estos documentos no son numerados y no se encuentran legalizados con la firma del médico responsable.

5.3.1. Personal que se encuentra a cargo de los insumos

Es importante mencionar que los insumos médicos que son despachados desde la bodega central hacia el servicio de emergencia, se encuentran guardados en un lugar totalmente oscuro, sin ventilación, húmedo, y arrumados unos contra otros, ya que no cuentan con vitrinas o estanterías para ubicarlos de manera correcta; este lugar se encuentra bajo llaves y está ubicado en un pasillo distante del servicio de emergencia, el mismo se encuentra a cargo de la Jefe de Enfermeras.

Es importante destacar que no existe un manual de procedimientos o instructivo sobre el abastecimiento de insumos.

5.3.2. Contexto del hospital y el área de influencia del mismo

El Hospital Pablo Arturo Suárez es una Unidad operativa del Sistema Nacional de Salud Pública del Ministerio y que se halla ubicada al norte de la ciudad de Quito.

Por el tipo de atención es un hospital general; por el tiempo de permanencia de los pacientes en hospitalización, es una unidad de agudos. Brinda atención integral de salud a la población con acciones de prevención, curación, rehabilitación, docencia, investigación y educación en su área de influencia y jurisdicción; integró hasta este año 2008 las siguientes Áreas de Salud del MSP: Área de Salud 8 Cotacollao, Área de Salud 9 Comité del Pueblo, Área de Salud 10 San Carlos, Área de Salud 11 Los Bancos, Área de Salud 12 Cayambe, Área de Salud 13 Tabacundo, Área de Salud 14 Yaruqui, Área de Salud 18 Nanegalito y el Área de Salud 21 Calderón.

De acuerdo a la clasificación del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, le corresponde el segundo nivel de atención y debe contar con las cuatro especialidades básicas: Gineco Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría.

5.3.3. Indicadores de productividad en el Área De Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez

El Servicio de Emergencia el movimiento en la atención diaria es significativamente alta, un promedio de 70 atenciones por día y un promedio de 2086 por mes, alrededor de 3 emergencias por hora, de las cuales un promedio de 15 ingresan. Las emergencias que en mayor número son las Gineco Obstétricas, y en segundo lugar están las de Clínica; las de Gineco Obstetras son las que terminan en un ingreso, no así las de Clínica. Debe observarse que el número de emergencias además están moderadas por un gran número de usuarios que necesitan de inyecciones y que se contabilizan como atenciones de emergencia.

CUADRO No. 2

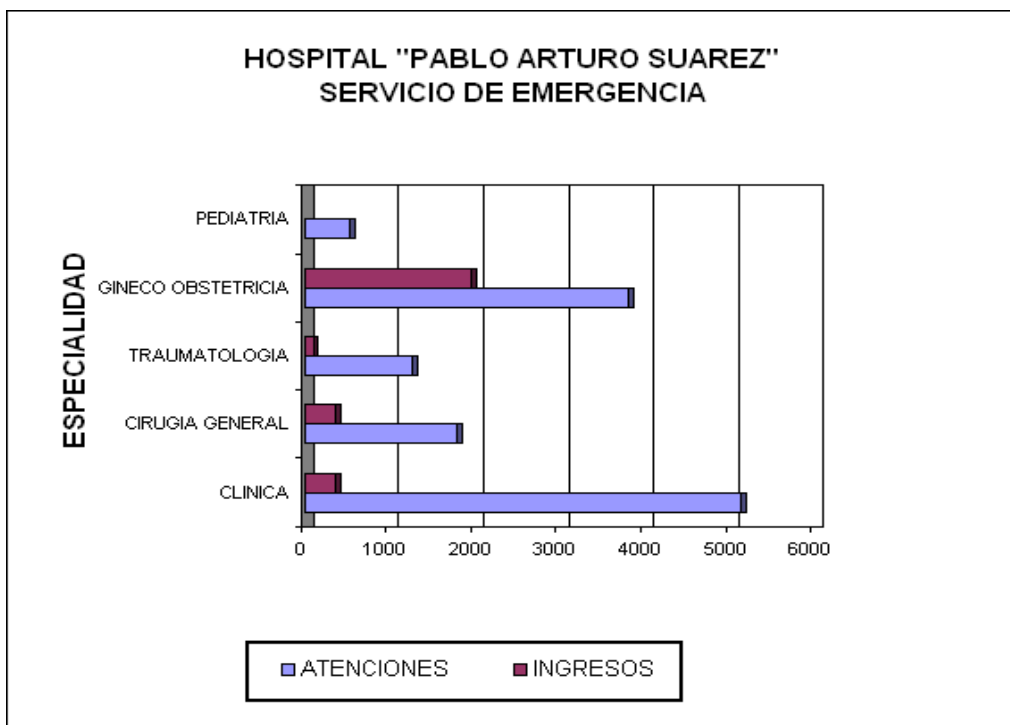
Atenciones e ingresos por el Servicio de Emergencia HPAS Período de Enero a Junio 2008

ESPECIALIDAD	ATENCIONES	INGRESOS	TOTAL
CLÍNICA	5.124	361	5.485
CIRUGÍA GENERAL	1.794	362	2.156
TRAUMATOLOGÍA	1.264	101	1.365
GINECO OBSTETRICIA	3.802	1.967	5.769
PEDIATRÍA	532		532
INYECCIONES			4.543
RETIRO DE PUNTOS			
CURACIONES			
TOTAL	12.516	2.791	15.307

FUENTE. Gestión de Estadística Registros Médicos

Elaborado por: Comisión de Revisión del Plan Estratégico 2008-2013

GRÁFICO No. 2



Fuente: Gestión de Estadística Registros Médicos.
Elaborado por: Comisión de Revisión del Plan Estratégico 2008-2013

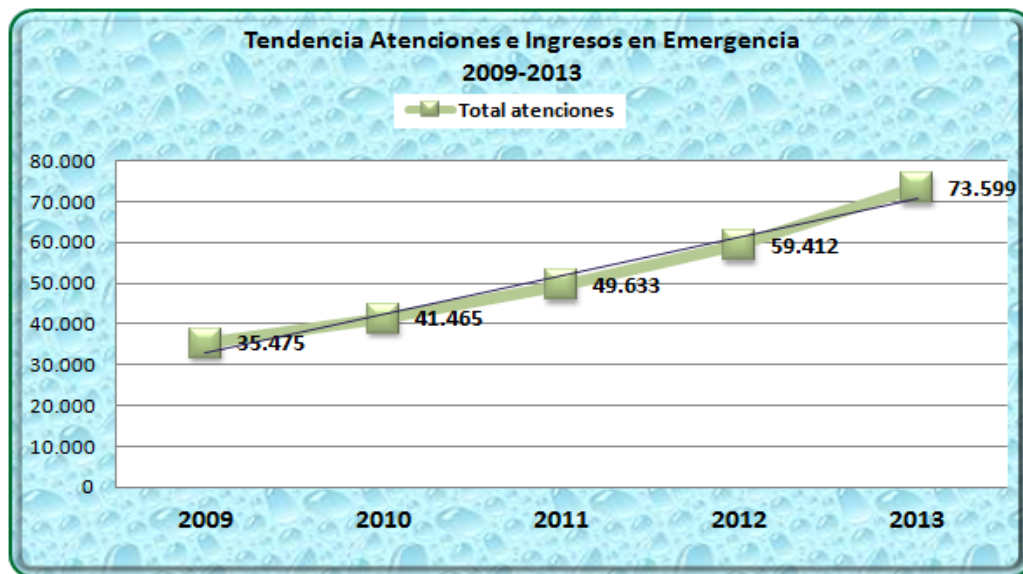
A pesar de no existir el Servicio de Hospitalización de Pediatría, el GRÁFICO indica que, en Emergencia se atiende un buen número de niños que acuden a este servicio, alrededor de 3 por día y 89 al mes. La capacidad operativa sobrepasa la capacidad instalada de la emergencia, ocasionando continuamente aglomeraciones por la falta de funcionalidad en la planta física y las necesidades no satisfechas en relación a equipamiento, insumos médicos y al talento humano.

Los datos anteriores son reflejo del Plan Estratégico Institucional 2008 – 2013 del Hospital Pablo Arturo Suarez, sin embargo los datos actualizados arrojan lo siguiente:

CUADRO No. 3

HOSPITAL GENERAL "PABLO ARTURO SUÁREZ" ATENCIONES E INGRESOS EN EMERGENCIA PERÍODO 2009-2013

AÑOS	ATENCIONES			INGRESOS			SUB - TOTAL	TRIAJE	TOTAL
	ATENCIONES	PROMEDIO DIARIO	PROMEDIO MENSUAL	INGRESOS	PROMEDIO DIARIO	PROMEDIO MENSUAL			
2009	30.675	84	2.556	4.800	13	400	35.475		35.475
2010	34.738	95	2.895	6.727	18	561	41.465		41.465
2011	29.762	82	2.480	6.273	17	523	36.035	13.598	49.633
2012	23.565	65	1.964	6.316	17	526	29.881	29.531	59.412
2013	21.696	59	1.808	6.822	19	569	28.518	45.081	73.599



FUENTE: BASE DE DATOS / REGISTRO DE EGRESOS DE EMERGENCIA
ELABORADO POR: GESTION DE ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS - DRA. ROSA LÓPEZ P.

Análisis e Interpretación: Las atenciones han ido incrementando significativamente año a año. Pero hay que destacar que las atenciones propias de Emergencia han ido en decremento a partir del año 2011, ya que los usuarios

fueron filtrados a través de Triage. Esto se debe a la implementación del Sistema de Referencia y Contra-referencia desde Octubre de 2011; por lo tanto, en los años 2012 y 2013 bajaron el total de atenciones.

5.4. Período de dotación de insumos

5.4.1. Del requerimiento del Área de Emergencia hacia la Bodega Central

A pesar de que existe una disposición para el uso del formulario de requisición de insumos y materiales (Anexo 1) que se realiza cada mes, esta disposición no se cumple y los pedidos de requisición a bodega central se los realiza de acuerdo a la necesidad del servicio esto es a diario, cada semana, cada 15 días, etc., es decir no se cumple con una norma específica, sino que estos se los realiza cuando la unidad lo requiere.

No solo por la necesidad del servicio es que no se cumple con una fecha específica para la requisición de los insumos, sino la falta de insumos en la Bodega central también es un factor que imposibilita que los insumos sean entregados en la fecha señalada y/o solicitada, ya que la Jefe del Servicio tiene que estar insistentemente pidiendo la compra de los insumos hasta que estos sean adquiridos por los responsables de este proceso; el proceso de adquisición en el mejor de los casos dura 15 días.

Un factor importante de destacar es que en la gran mayoría de casos, los pacientes tienen que comprar los insumos médicos para ser atendidos, esto es

comparable si se observan las atenciones versus los consumos en bodega reportados año a año.

En los siguientes cuadros, se muestra cuáles son los insumos más utilizados en el servicio de emergencia, al igual que los insumos que generan más gasto al Hospital.

El consumo de insumos médicos reportados por la Bodega Central durante los años 2011, 2012, 2013 y el primer trimestre del 2014 es el siguiente:

Cuadro No. 4

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS CON MAYOR COSTO AÑO 2011

No.	Producto	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	0751 VENDA DE YESO 6 PULG.	1998	5.274,01
2	0484 GUANTE DE EXAMINACION O MANEJO	1058	5.086,79
3	0440 EQUIPO DE VENOCLISIS	9968	4.265,08
4	0748 VENDA DE YESO 8 PULG	1342	3.034,17
5	0843 SOBRE SABANA DE TELA 1 1/2 PLAZA	360	2.738,49
6	2864 TUBO DE ALUMINIO DE 1 PULG. PARA CORTINA	135	2.565,00
7	0699 BATA DESCARTABLE CON MANGA Y PUÑO PARA CIRUJANO	2391	2.552,15
8	1044 ESPARADRAPO DURO HOSPITALARIO SECCIONADO	133	2.155,43
9	0373 CATETER INTRAVENOSO # 20	7219	2.126,19
10	0252 TOALLA EN Z DESECHABLE	1328	2.117,47
TOTALES:			31.914,78
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			103.378,34
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			30,87%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No. 5

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS MAS UTILIZADOS AÑO 2011

No.	Producto	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	0512 JERINGUILLA 5 C.C.	20333	1.114,25
2	0509 JERINGUILLA 10 C.C.	17507	1.268,47
3	1314 FOR. CONTROL DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS	14000	230,57
4	0733 TUBO VACUTAINER TAPA LILA	12597	1.160,29
5	0440 EQUIPO DE VENOCCLISIS	9968	4.265,08
6	0465 FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	9398	792,36
7	0734 TUBO VACUTAINER TAPA ROJA	8700	1.081,84
8	0511 JERINGUILLA 3 C.C.	7872	365,00
9	0372 CATETER INTAVENOSO # 18	7533	1.974,15
10	0373 CATETER INTRAVENOSO # 20	7219	2.126,19
TOTAL			14.378,20
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			103.378,34
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			13,91%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.6

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS MAS UTILIZADOS AÑO 2012

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	3514 JERINGUILLA 5 C.C.	25631	1.412,96
2	3511 JERINGUILLA 10 C.C.	23710	1.824,45
3	3522 FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	13810	1.292,60
4	3513 JERINGUILLA 3 C.C.	13268	585,19
5	3524 TUBO VACUTAINER TAPA ROJA 10 ML.	12480	1.430,31
6	3335 EQUIPO DE VENOCCLISIS	12448	7.069,68
7	4125 CATETER INTRAVENOSO # 18 @	11333	6.064,31
8	3523 TUBO VACUTAINER TAPA LILA 4 ML.	11100	1.029,32
9	3937 ELECTRODO ADULTO @	7355	917,89
10	3953 CATETER INTRAVENOSO # 20 @	5852	2.913,00
TOTAL			24.539,71
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			129.406,92
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			18,96%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.7

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS CON MAYOR COSTO AÑO 2012

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	3335 EQUIPO DE VENOCLISIS	12448	7.069,68
2	4078 VENDA DE YESO 6 PULG. @	1711	7.036,36
3	4125 CATETER INTRAVENOSO # 18 @	11333	6.064,31
4	4080 VENDA DE YESO 8 PULG. @	1169	5.974,63
5	3349 GUANTE DE EXAMINACION O MANEJO	1267	5.294,63
6	4036 MANGUERA CORRUGADA PARA HUMIFICADOR VENTURI @	98	3.288,88
7	3336 EUROFIX (EQUIPO BOMBA DE INFUSION)	488	3.150,75
8	0252 TOALLA EN Z DESECHABLE	1497	3.033,73
9	3953 CATETER INTRAVENOSO # 20 @	5852	2.913,00
10	3474 NYLON MONOFILAMENTO # 3/0 A/C	2123	2.756,59
TOTAL			46.582,56
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			129.406,92
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			36,00%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.8

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS MAS UTILIZADOS AÑO 2013

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	3514 JERINGUILLA 5 C.C.	9521	2.833,60
2	3511 JERINGUILLA 10 C.C.	9078	3.617,46
3	3906 MASCARILLA DESCARTABLE CON TIRA @	7350	323,28
4	3350 GUANTE QUIRURGICO # 6 1/2	5758	2.215,34
5	3927 BAJALENGUA DE MADERA @	5502	52,99
6	3335 EQUIPO DE VENOCLISIS	5364	9.745,98
7	3937 ELECTRODO ADULTO @	5250	663,76
8	4020 LANCETA DESCARTABLE @	5200	160,69
9	3523 TUBO VACUTAINER TAPA LILA 4 ML.	4768	2.197,92
10	4125 CATETER INTRAVENOSO # 18 @	4561	14.548,79
TOTAL			36.359,81
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			212.149,71
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			17,14%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.9

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS CON MAYOR COSTO AÑO 2013

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	4125 CATETER INTRAVENOSO # 18 @	4561	14.548,79
2	4078 VENDA DE YESO 6 PULG. @	2297	14.161,28
3	4080 VENDA DE YESO 8 PULG. @	1647	14.153,14
4	3335 EQUIPO DE VENOCCLISIS	5364	9.745,98
5	3349 GUANTE DE EXAMINACION O MANEJO	1703	9.263,15
6	4522 EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION @	829	6.879,09
7	3474 NYLON MONOFILAMENTO # 3/0 A/C	3624	5.564,92
8	2698 BOLSA DE ASPIRACION QUICK-FIR DE 3000 CC.	248	3.877,60
9	3589 VICRYL # 2/O (ACIDO POLIGLICOLICO)	1184	3.665,66
10	0252 TOALLA EN Z DESECHABLE	1628	3.660,04
TOTAL			85.519,65
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			212.149,71
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			40,31%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.10

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS MAS UTILIZADOS PRIMER TRIMESTRE AÑO 2014

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	3514 JERINGUILLA 5 C.C.	3203	396,93
2	3522 FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	2600	266,80
3	3511 JERINGUILLA 10 C.C.	1922	935,98
4	6157 TUBO VACUTAINER TAPA CELESTE ADULTO	1400	210,00
5	3513 JERINGUILLA 3 C.C.	1214	143,01
6	4836 LLAVES DE 3 VIAS DESECHABLES	1200	588,00
7	3523 TUBO VACUTAINER TAPA LILA 4 ML.	920	94,89
8	3335 EQUIPO DE VENOCCLISIS	816	864,00
9	3512 JERINGUILLA 20 C.C.	600	113,32
10	3565 GORRO DESCARTABLES PARA MUJER	600	52,02
TOTAL			3.664,95
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			23.568,39
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			15,55%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

Cuadro No.11

CUADRO DE INSUMOS MEDICOS CON MAYOR COSTO PRIMER TRIMESTRE AÑO 2014

No.	Rótulos de fila	Valores	
		Suma de Q	Suma de Costo Total
1	6359 SENSORES PARA SATURACION DE OXIGENO MONITOR DRAGE	12	3.480,00
2	4080 VENDA DE YESO 8 PULG. @	247	1.883,07
3	4513 CATETER VENOSO CENTRAL TRIPLE LUMEN (CERTOFIX) @	23	1.702,02
4	4078 VENDA DE YESO 6 PULG. @	152	1.206,88
5	6362 SENSOR PARA SATURACION DE OXIGENO MONITOR CRITICAR	4	1.120,00
6	3349 GUANTE DE EXAMINACION O MANEJO	195	1.088,10
7	3511 JERINGUILLA 10 C.C.	1922	935,98
8	3335 EQUIPO DE VENOCLISIS	816	864,00
9	0252 TOALLA EN Z DESECHABLE	238	767,94
10	5164 ESPARADRAPO FIXOMUL TRANSP. 10 CM.X10 M.	34	753,73
TOTAL			13.801,72
GASTO TOTAL DE INSUMOS:			23.568,39
% GASTO SOBRE EL GASTO TOTAL			58,56%

Fuente: Bodega de Suministros H.P.A.S.

Elaborado: José Guillermo Torres Maldonado

En el proceso de investigación, ninguno de estos cuadros pudieron ser cruzados con el Área Contable, ya que no se realizaron los registros correspondientes por parte del personal encargado de los mismos; al ser consultados el personal de contabilidad manifestó que por parte del almacén no se reportan los consumos de insumos médicos que se utilizan en el Área de Emergencia.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL MANEJO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Lo que se pretende con este trabajo de Investigación es la creación de un Sistema de Control Interno, que permita garantizar la optimización de insumos médicos en el Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez, y que estos insumos sean entregados oportunamente a cada uno de los usuarios que acuden diariamente a solicitar los servicios de salud; con la implantación de este sistema se pretende crear una cultura de Control Interno entre todo el personal del área y de esta forma aprovechar de mejor manera los recursos asignados por el Gobierno Central a esta Casa de Salud; garantizar una atención oportuna, eficiente y eficaz a cada uno de los usuarios; a través de la Cultura de Control Interno se pretende reducir al máximo el desperdicio, pérdida, caducidad y mal manejo de los diferentes insumos médicos que se proveen a este servicio; dentro de la investigación se propone una herramienta para evaluar los procesos a implementar.

6.1. DATOS INFORMATIVOS

El Control Interno en una entidad, comprende el plan operativo, los métodos y procedimientos que tiene implantados, estructurados en un todo para la obtención de 3 objetivos fundamentales:

- 1) Información financiera correcta y confiable.
- 2) Proteger los bienes y los activos.
- 3) Obtener la eficiencia de las operaciones.

El control interno durante mucho tiempo ha carecido de un marco referencial común, generando expectativas diversas entre los diferentes Gerentes de Instituciones públicas o privadas.

El control interno debe garantizar la obtención de información financiera correcta y confiable que permita la toma de decisiones de la alta gerencia y los directivos para el logro de sus metas y objetivos. Debe permitir el correcto y óptimo uso de los bienes, las funciones y la información de una determinada Organización, con el propósito de generar una indicación confiable de su situación actual y de los servicios que esta presta.

Es importante identificar los riesgos de control interno, y la forma en que estos riesgos afectan al sistema de control. Los riesgos de auditoría pueden darse por la existencia de errores significativos o irregularidades en los estados financieros y estos no pueden ser fácilmente descubiertos por medio de procedimientos de control de la entidad, ni tampoco por el equipo de auditoría.

Los riesgos de auditoría se los conoce como:

- a) Riesgo Inherente,
- b) Riesgo de Control y
- c) Riesgo de Detección.

Otro proceso importante en el sistema de control interno es la EVALUACION y consiste en hacer un examen objetivo del mismo. La evaluación se la efectúa a través de la interpretación de los resultados de algunas pruebas realizadas, las cuales tienen por finalidad establecer si se están cumpliendo correctamente con los métodos, políticas y procedimientos establecidos por la Máxima autoridad de la Institución.

El siguiente informe contiene la investigación concerniente a establecer un sistema de Control Interno y su evaluación permanente.

6.2. MISIÓN

Es un Hospital General Base de II Nivel, le corresponde ser rector, regulador, proveedor y coordinador de salud del sector norte de la Ciudad de Quito y de la Provincia de Pichincha Desde la Red de Servicios. Coordina acciones con otras instituciones públicas, semipúblicas y privadas. Su misión es dar atención de segundo nivel en las prestaciones de servicios de salud con un enfoque integral, intercultural, de equidad, universalidad, solidaridad y participación social. Por su categoría de Hospital Docente, está integrado a las instituciones de educación en

la formación de nuevo personal de salud, y a la actividad de investigación científica.

6.3. VISIÓN

El HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ será una unidad modelo en la prestación de Servicios de Salud Pública con las cuatro especialidades básicas y sub. Especialidades, cumplirá con el rol de Hospital General Base, cubriendo la demanda de atención de la zona norte de la ciudad de Quito y de la Provincia de Pichincha, acreditada por la labor encomiable de su función y comprometida con la comunidad. Tendrá la más alta calidad técnica y administrativa en su gestión, basada en la investigación científica, en la formación del talento humano para la excelencia mediante la capacitación y docencia. Contará para ello con infraestructura moderna y segura, así como el equipamiento suficiente de alta tecnología.

6.4. JUSTIFICACIÓN

El Gobierno Ecuatoriano a través de su plan de Salud Pública, está empeñado en dar atención en salud en especial a los sectores más desprotegidos y olvidados, para lo cual se han asignado recursos económicos para que los Hospitales Públicos cuenten con los insumos y materiales necesarios para llegar a este grupo de la población.

Es necesario transparentar el uso de los recursos económicos, y que las adquisiciones de insumos médicos que realiza el Hospital Pablo Arturo Suárez, para el Área de Emergencia, sean los necesarios y cumplan con los requerimientos del personal Médico y Paramédico y de esta forma evitar las compras innecesarias, estancamiento en bodegas y lo más importante evitar su pérdida o deterioro.

El mantener un sistema de control interno de los insumos médicos, permitirá evidenciar las reales necesidades de insumos que requiere el Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, con esto se puede optimizar el uso de los recursos económicos, lo que permitirá el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El mantener un sistema de control en el área de emergencia, evitara que los usuarios tengan que incurrir en gastos innecesarios, gastos que muchas veces no los pueden cubrir, y de igual forma el estado ahorrara recursos y podrá llegar a más usuarios.

El sistema de Control Interno en el Área de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, permitirá obtener información del manejo, control y el uso en cada uno de los usuarios del servicio.

La determinación de un sistema de control interno en el Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, permitirá entre otros, establecer el por qué los insumos no abastecen a todos los usuarios y las medidas correctivas que se requieran para mejorar el control.

6.5. OBJETIVOS

6.5.1. Objetivo general

Establecer un sistema de control interno, que permita conocer el procedimiento de abastecimiento, custodia, consumo y posterior registro contable de los insumos médicos que se utilizan dentro del Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez; así como establecer una herramienta mediante la cual este sistema pueda ser evaluado.

6.5.2. Objetivos específicos

1. Definir las políticas generales de control interno que se llevan a cabo en el proceso contable.
2. Definir claramente los procesos administrativos y contables con el fin de establecer para cada proceso controles que ayuden a mejorar la eficiencia y eficacia de la Entidad
3. Desarrollar flujogramas de las acciones que intervienen en el proceso de dotación, custodia y consumo de los insumos médicos.
4. Proponer una herramienta por la cual el sistema de control interno puede ser evaluado, y la utilidad que la Máxima Autoridad pueda dar a los resultados que obtiene de dicha evaluación.

6.6. POLÍTICAS GENERALES DE CONTROL INTERNO

6.6.1. El control interno

6.6.1.1. Importancia

El control interno en cualquier Institución, es de vital importancia, desde la conducción de la entidad, hasta el control de la información de las operaciones, ya que el control interno permite el manejo adecuado de los recursos humanos, materiales y financieros, al igual que permite definir las funciones e información de la entidad, con el fin de indicar la situación presente de la Institución, y la confiabilidad de sus operaciones; ayuda a que los recursos disponibles, sean utilizados en forma eficiente y eficaz, bajo criterios técnicos que permitan garantizar su integridad, su protección y su registro oportuno y confiable.

6.6.1.2. Ambiente y estructura del control interno

“El ambiente o entorno de control es el conjunto de circunstancias y conductas que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno. Es fundamentalmente la consecuencia de la actitud asumida por la alta dirección y por el resto de las servidoras y servidores, con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades y resultados.” (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009, pág. 2)

El ambiente de control se define desde el establecimiento de un entorno organizacional que promueva sensibilizar en cada uno de los empleados y trabajadores la cultura de control interno.

El personal constituye la esencia de cada institución, en este contexto los valores éticos, la competencia profesional y el compromiso de cada uno de ellos juegan un papel preponderante para su adhesión a las políticas y objetivos institucionales.

La máxima autoridad deberá mostrar constantemente una actitud de apoyo a las medidas de control establecidas en la institución, mediante la divulgación continua de éstas y un ejemplo constante de apego a ellas en el desarrollo de sus labores diarias.

El ambiente de control es la base de todos los demás componentes del control interno. Los factores del entorno de control incluyen la integridad, los valores éticos y la capacidad profesional de los empleados, el estilo de gestión, la delimitación de funciones y responsabilidades, la organización y la capacitación profesional de los empleados.

6.6.1.3. Competencia profesional

La Gerencia, los Líderes y los empleados deben caracterizarse por poseer un nivel de aptitud que les permita comprender la importancia del desarrollo, implantación, mantenimiento e impulso de controles internos apropiados.

Los directivos y los empleados deben:

- Poseer un nivel de competencia profesional ajustado a sus responsabilidades.
- Entender claramente la importancia, objetivos y procedimientos del control interno.

La Gerencia debe definir el nivel de competencia requerido para las distintas tareas y convertirlos en requerimientos de conocimientos y habilidades.

El proceso de contratación de talento humano debe asegurar que el candidato posea el nivel de preparación y experiencia que se ajuste a los requisitos especificados para el puesto que fue contratado. Una vez incorporado, el personal debe recibir en forma práctica y metódica la orientación, capacitación y adiestramiento necesarios para el desarrollo de sus actividades. El Sistema de Control Interno será más eficaz en la medida que exista personal adecuado que comprenda los principios del mismo.

6.6.1.4. Responsables del Control Interno en la institución

El Control Interno es efectuado por los diferentes niveles que intervienen en el proceso, cada uno de ellos con responsabilidades propias. Todos los directivos, auditores internos y en fin cada uno de los funcionarios contribuyen a su efectividad, eficacia y economía.

La Máxima Autoridad de la institución, es el responsable de fomentar y supervisar el funcionamiento y confiabilidad del control interno, el mismo que servirá para la evaluación de la gestión y el efectivo ejercicio de la rendición de cuentas; el control interno será una herramienta fundamental para el logro de la misión y objetivos de la entidad a su cargo.

6.7. PROCESOS PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE TODOS LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.

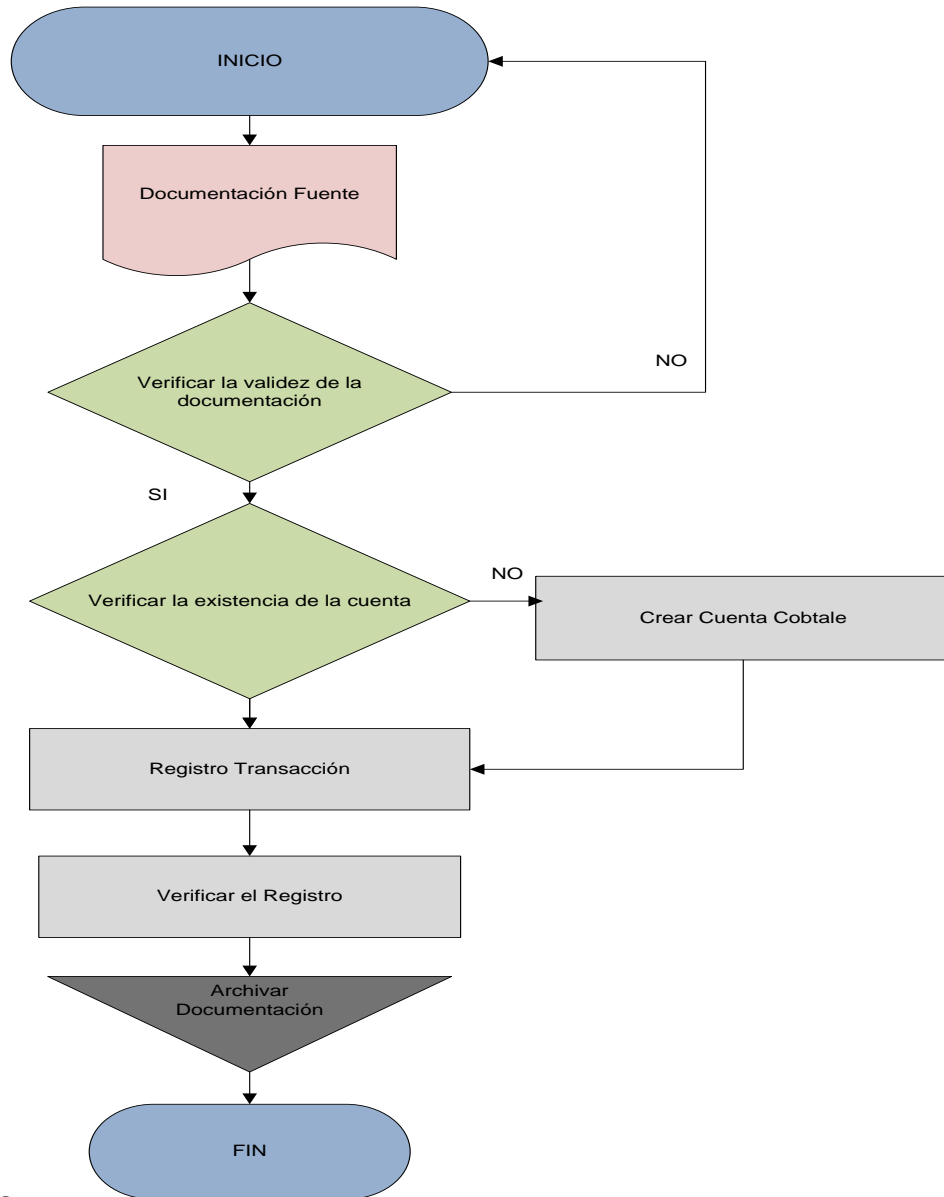
Como parte del proceso contable, el ingreso de información en los sistemas informáticos contables es vital ya que este proceso es donde se producen los errores principales de digitación o mal registro, por tanto se ha visto necesario la formulación de controles mínimos que garanticen el correcto ingreso de datos y por lo tanto el correcto procesamiento de la información.

6.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACION Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.

- Recibir la documentación fuente de las transacciones realizadas.

- Revisar los valores y verificar que la documentación se encuentre con firmas de responsabilidad.
- En caso de que la documentación cuente con errores, tachaduras o enmendaduras devolver a su remitente.
- Una vez validada la documentación, revisar la existencia en el sistema de contabilidad de las cuentas contables correspondientes para registrar la transacción.
- Registrar en el sistema contable las cuentas deudoras y acreedoras que nacieron de la transacción.
- Verificar el correcto registro mediante la revisión del asiento contable y de ser el caso el libro mayor o balance de comprobación.
- Archivar en el lugar correspondiente la documentación que respalda la transacción.

6.7.2. FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO PARA REGISTRAR EN EL SISTEMA CONTABLE TODOS LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS QUE GENERAN LAS ACTIVIDADES DE DOTACION Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ.



FUENTE: HPAS
ELABORADO POR: JOSE TORRES

6.8. MANEJO Y CONTABILIZACIÓN DE LOS INSUMOS MÉDICOS DE ACUERDO A LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS INVOLUCRADAS.

6.8.1. ALMACÉN CENTRAL

FUNCIONES:

- Emitir la normativa que se deberá observar para el adecuado almacenamiento de los insumos médicos que se adquieran.
- Recibir y verificar los insumos médicos que reúnan las condiciones señaladas en la documentación de soporte, realizando el respectivo control interno y su estricta vigilancia física.
- Acomodar y custodiar los insumos médicos que reúnan las condiciones señaladas en la documentación de soporte, realizando el respectivo control interno y su estricta vigilancia física.
- Registrar oportunamente las entradas y salidas de insumos médicos cuidando que estos cuenten con la documentación de soporte.
- Formular y coordinar la programación de entrega de insumos médicos al Área de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez,
- Realizar y coordinar oportunamente el abastecimiento de insumos médicos de acuerdo a las solicitudes que formule el Área de Emergencia.
- Realizar y coordinar periódicamente muestreos de inventarios con el propósito de validar las existencias y detectar a tiempo posibles errores para la toma de decisiones para su corrección.

- Coordinar con el Área de Emergencia los insumos médicos obsoletos, en desuso o caducados y tramitar su baja y destino final de acuerdo a la normativa legal vigente.
- Llevar a cabo mensualmente las pruebas selectivas de inventarios y efectuar la toma física ha mediados de año y al cierre anual del ejercicio económico, en coordinación con el área contable, preparando para el efecto la documentación correspondiente.
- Programar pruebas de inventario por muestreo mensuales, al igual que el inventario semestral y anual del Área de Emergencia del HPAS.
- Cerciorarse de que los inventarios físicos se comparen entre los kardex de inventarios contra los registros contables, determinando diferencias sujetas de aclaraciones y de esta manera adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias.
- Considerar lo necesario para la óptima conservación y mantenimiento de los inmuebles destinados al almacenamiento de los insumos médicos, así como la instalación de equipos y señalética de seguridad.
- Levantar con el apoyo del Área Jurídica y el Área Contable actas informativas o circunstanciadas sobre posible siniestro o eventualidades que se susciten en el almacén siempre y cuando existan daños a los insumos médicos que se resguardan, y establecer las aclaraciones ante las autoridades correspondientes.

6.8.1.1. PROCEDIMIENTO: TOMA FÍSICA DEL INVENTARIO EN EL ALMACÉN CENTRAL.

OBJETIVO:

Proporcionar al Almacén Central un instrumento que integre las operaciones, los elementos y las técnicas para efectuar la toma física de los inventarios.

RESPONSABLES:

- Coordinador de Gestión Institucional
- Coordinador de Gestión Financiera
- Líder de Almacén
- Digitador de Almacén

ACTIVIDADES:

- ✓ Una vez que se ha determinado la fecha de toma física del inventario por acuerdo de la Coordinación de Gestión Institucional y la Coordinación Financiera, elaboran el memorando en el que comunican al Almacén Central para que este realice las acciones correspondientes.
- ✓ El Líder de Almacén recibe el memorando, toma conocimiento y realiza las siguientes acciones correspondiente a la toma física del inventario:

1. Acomodar en las perchas respectivas los insumos médicos e identificarlos con su código y descripción.
 2. Elaborar un croquis del área a ser constatada y enumera las perchas o secciones en forma progresiva, a fin de determinar la ruta de constatación.
 3. Emitir los listados de insumos médicos por sección.
 4. Identificar cada percha con un listado de los insumos que se encuentren en ella.
- ✓ El Líder de Almacén firma el croquis, al igual que los listados de insumos médicos y los entrega al Digitador de Bodega para su captura en un archivo digital.
 - ✓ El Digitador de Bodega recibe los croquis y los listados en borrador, elabora el archivo digital, emite los listados de insumos médicos en original y copia, en los cuales constara el código, descripción y presentación de cada uno de los artículos, con estos listados se realizaran los conteos uno y dos.
 - ✓ El Digitador de Bodega entrega al Líder de Almacén los listados conjuntamente con los croquis.
 - ✓ Obtenidos los listados y el croquis, el Líder de Almacén conjuntamente con el Coordinador Financiero instalarán una mesa de control y formaran dos parejas de trabajo, las cuales estarán integradas por un contador y un anotador independientes del registro y custodia de los insumos médicos. Se elabora el acta de inicio en original y dos copias y el listado de las parejas de trabajo se envía a la mesa de control.

- ✓ La mesa de control recibe el croquis y los listados de insumos médicos, los nombres de las parejas de trabajo, el acta de inicio de la toma física del inventario y procede a entregar una copia de toda esta documentación a las parejas de trabajo.
- ✓ Con la documentación recibida las parejas proceden a realizar la toma física del inventario:
 - El contador verifica las unidades existentes de acuerdo a la presentación de los insumos médicos, y el anotador va registrando en los espacios correspondientes de los listados las cantidades existentes de cada producto.
 - Esta operación se repite en cada una de las secciones del almacén.
 - Al término del conteo para constancia de lo actuado las parejas firman en los espacios correspondientes al primer conteo, y entregan los listados de los insumos inventariados a la mesa de control junto con el croquis.
- ✓ La mesa de control recibe los listados y el croquis, aplica una protección (cinta adhesiva transparente) al primer conteo, y entrega los listados de una pareja a otra para que realicen el segundo conteo.
- ✓ Las parejas reciben los listados y efectúan el segundo conteo.
 - Al término del segundo conteo, firman los que hayan intervenido en el proceso y los listados entregan a la mesa de control.
- ✓ La mesa de control recibe los segundo conteos y aplica una protección (cinta adhesiva transparente) a los listados, y procede a entregar al Digitador de Bodega los listados para su captura en el archivo electrónico.

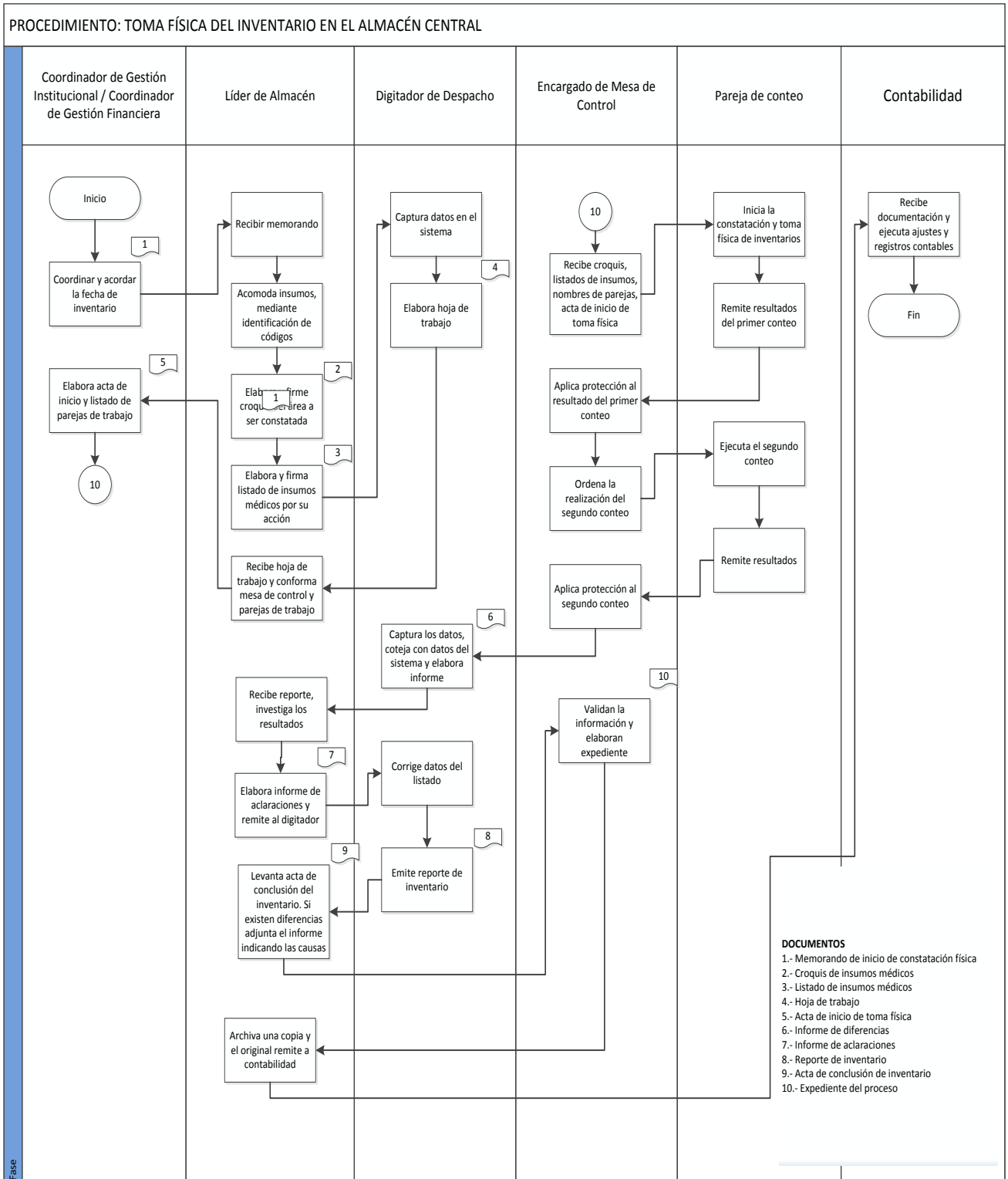
- ✓ El Digitador de Bodega recibe los listados con los primeros y segundos conteos, captura la información en un archivo electrónico, lo coteja con el kardex y de ser el caso emite un reporte de “Diferencias en mas o en menos” en original y dos copias, firma y lo entrega a la mesa de control.
- ✓ La mesa de control recibe los conteos y el reporte de diferencias, y lo entrega al Líder de Almacén.
- ✓ El Líder de Almacén recibe el reporte de diferencias, investigan entradas, salidas, correcciones etc., y una vez encontrados los errores se elabora un “Informe de Aclaraciones” y se realiza un “Formato de Correcciones” en original y dos copias, a los cuales se adjuntan todos los documentos de respaldo, el Líder de Almacén firma estos documentos y lo entrega al Digitador de Bodega.
- ✓ El Digitador de Bodega recibe el reporte y formato de correcciones así como la documentación de soporte, y elabora las correcciones en el archivo electrónico, emite el reporte del inventario en original y dos copias, lo firma y lo entrega al Jefe de Almacén.
- ✓ El Líder de Almacén recibe el reporte del inventario, reporte de aclaraciones y el formato de correcciones en original y copia, al igual que la documentación de soporte, revisa toda esta documentación, firma el reporte de inventario, archiva las copias y determina:
 1. Si aún existen diferencias por causas desconocidas, elaboran un documento en original y dos copias, en el que se describen las diferencias no solventadas y las posibles causas de las mismas, este documento deberá ser firmado por el Jefe de Almacén.

2. Si no hay diferencias se levanta el acta de conclusión de inventario en original y dos copias, se anexa los originales del reporte de inventario, informe de aclaraciones, reporte de correcciones y la documentación de soporte; de igual forma se elabora el informe final del inventario en original y dos copias.
- ✓ La mesa de control recibe el acta de conclusión de inventario y en su caso el documento de diferencias no solventadas, el reporte del inventario, el informe de aclaraciones, el formato de correcciones y la documentación de soporte, se anexa los croquis, acta de inicio, listado de conteo y reporte de diferencias.
 - ✓ El Líder de Almacén recibe lo siguientes documentos:
 - Reporte final de inventario
 - Croquis
 - Actas de inicio
 - Acta de conclusión
 - Documento de diferencias no solventadas
 - Reporte de inventario
 - Informe de Aclaraciones
 - Formato de correcciones
 - Documentación de soporte
 - Entrega los originales a la Coordinación Financiera y archiva sus copias.
 - ✓ La Coordinación Financiera recibe el reporte final del inventario el documento de diferencias no solventadas y el informe de correcciones; en

base al documento de diferencias no solventadas se procede a realizar un ajuste y se registra contablemente y la documentación la archiva para su control.

✓ FIN.

6.8.1.2. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: TOMA FÍSICA DEL INVENTARIO EN EL ALMACÉN CENTRAL.



ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

6.8.1.3. PROCEDIMIENTO: SALIDA DE INSUMOS MÉDICOS DEL ALMACÉN CENTRAL AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.

OBJETIVO:

Proporcionar al Almacén Central un instrumento administrativo que integre las operaciones, los elementos y las técnicas necesarias para el registro de salidas de insumos médicos del almacén al área de Emergencia del HPAS.

RESPONSABLES:

- Líder de Emergencia
- Coordinador de Gestión Institucional
- Líder de Almacén
- Digitador de Almacén
- Líder de Contabilidad

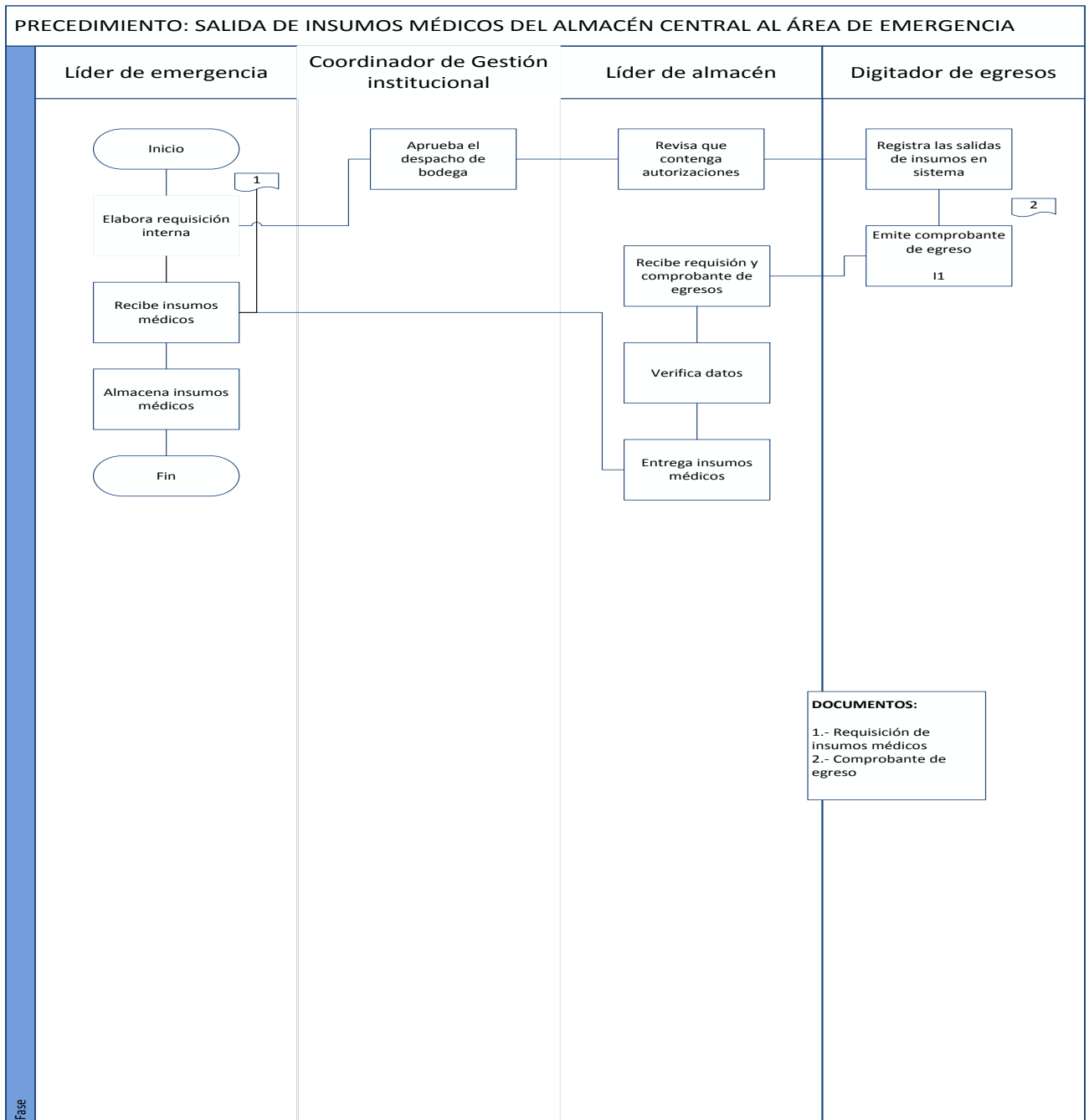
ACTIVIDADES:

- ✓ La Líder de Emergencia elabora la requisición interna de insumos en original y dos copias, y la entrega al Coordinador de Gestión Institucional.
- ✓ El Coordinador de Gestión Institucional recibe el pedido de requisición, lo autoriza y lo remite al Almacén Central.

- ✓ El Líder de Almacén Central recibe la requisición, revisa que contenga las firmas de autorización del Líder de Emergencia en el apartado correspondiente, acusa recibo al solicitante y remite una copia al encargado de digitar el egreso de insumos al sistema.
- ✓ La Líder de Emergencia recibe su copia y archiva.
- ✓ El encargado de digitar el egreso recibe una copia de la requisición, registra las salidas de insumos en el sistema Olympto V5 y emite el comprobante de egreso de bodega en original y dos copias.
 - Debe revisar que no haya errores, anota su nombre, fecha y firma en el comprobante, anexa la requisición y remite toda la documentación al Líder de Almacén.
- ✓ El Líder de Almacén recibe la requisición del área solicitante y el comprobante de egreso de bodega en original y dos copias, verifica que no existan errores, firma la autorización y devuelve acuse recibo en una copia del comprobante al encargado del despacho para su archivo.
 - Entrega los insumos al Área de Emergencia y recaba su copia con acuse recibo de quien recibe los insumos médicos.
- ✓ El encargado de digitar el comprobante de egreso recibe y archiva la copia del comprobante de egreso.
- ✓ La Líder de Emergencia recibe los insumos y el comprobante de egreso de bodega en original y dos copias, los verifica físicamente, firma el recibido y devuelve el original y la copia del reporte al Líder de Almacén.
 - Almacena los insumos médicos y archiva copia del comprobante de egreso.

- ✓ El Líder del Almacén recibe el original y copia del comprobante de egreso, los archiva conjuntamente con la requisición del área requirente y espera al final del mes el reporte mensual de egresos generado por el encargado de digitar los egresos en el sistema.
- ✓ El encargado de digitar en el sistema Olympo V5 el último día hábil del mes, emite el reporte mensual de egresos en original y dos copias, valorado al costo promedio de registros del Almacén lo firma y remite al Líder de Almacén.
- ✓ El Líder del Almacén recibe el reporte mensual de egresos en original y dos copias, revisa, verifica contra los comprobantes de egresos y devuelve acusa recibo al encargado de digitar los egresos en el sistema Olympo V5.
 - Remite los originales del reporte mensual de egresos y de los comprobantes de egresos emitidos durante el mes al Departamento de Contabilidad y copias de los mismos al archivo del Almacén Central.
- ✓ El Departamento de Contabilidad recibe originales del reporte mensual de egresos, valorado a costo promedio, así como los comprobantes de egreso realizados durante el mes.
 - Concilia las cifras con los comprobantes de egreso correspondientes y genera el comprobante de Diario de consumo de existencias-
 - Continúa trámite interno.
- ✓ FIN.

6.8.1.4. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: SALIDA DE INSUMOS MÉDICOS DEL ALMACÉN CENTRAL AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.



6.8.2. EN EL ÁREA DE EMERGENCIA

FUNCIONES:

- Diseñar, operar, y controlar el funcionamiento de la bodega existente en el área de Emergencia, acatando la normatividad que deberá observarse para el adecuado almacenamiento de los insumos médicos que ingresan al servicio.
- Recibir y verificar los insumos médicos que sean entregados por el almacén, por otras instituciones, proveedores o donadores, con base en las especificaciones técnicas y/o normativa legal vigente.
- Acomodar y custodiar los insumos médicos que cumplan con los requerimientos solicitados por el Área de Emergencia, con el propósito de llevar a cabo su adecuado control interno y su estricta vigilancia física.
- Operar un adecuado sistema de control interno, mediante el registro oportuno de las entradas y salidas de insumos médicos.
- Formular y coordinar la programación de dotación de insumos al servicio, mediante el establecimiento de criterios de abasto de acuerdo a sus necesidades.
- Operar un eficiente sistema de verificación y chequeo de las condiciones y características de los insumos médicos que se encuentran en la bodega del servicio, y darles el tratamiento de salida (consumo o devolución) oportuna a efecto de evitar su caducidad o descomposición anticipada.

- Registrar y custodiar los insumos en desuso, obsoletos o caducos y tramitar su devolución al Almacén central.
- Llevar a cabo mensualmente las pruebas selectivas de existencias en la bodega del servicio, así como realizar los inventarios semestrales y de cierre de ejercicio fiscal, en coordinación con las áreas involucradas, preparando para el efecto la documentación respectiva.
- Realizar o recomendar que se efectúen los estudios necesarios para dotar al servicio de un espacio físico adecuado para el almacenamiento de los insumos médicos que ingresan al servicio.
- Verificar a través de pruebas selectivas si no existen desviaciones en la aplicación u observancia de las normas, políticas y procedimientos institucionales.
- Cerciorarse de que los inventarios físicos cuadren con los registros de kardex, determinando diferencias sujetas a justificación, e implementar las acciones preventivas y correctivas para evitar estas diferencias.
- Verificar que en los controles y registros de insumos considerados como deteriorados o como desperdicios, se asegure su minimización mediante el reaprovechamiento de los mismos.
- Levantar con el apoyo de Asesoría Jurídica los informes que sean necesarios en caso de suscitarse siniestros o eventualidades que se susciten en las bodegas del servicio, siempre y cuando existan daños o robos de los insumos médicos, con el fin de promover aclaraciones ante las autoridades correspondientes.

6.8.2.1. PROCEDIMIENTO: RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.

OBJETIVO:

Proporcionar un instrumento administrativo que integre las acciones, los elementos y las técnicas necesarias para la recepción, registro, control y custodia de los insumos médicos en el Área de Emergencia del HPAS.

RESPONSABLES:

- Líder de Almacén
- Líder de Emergencia

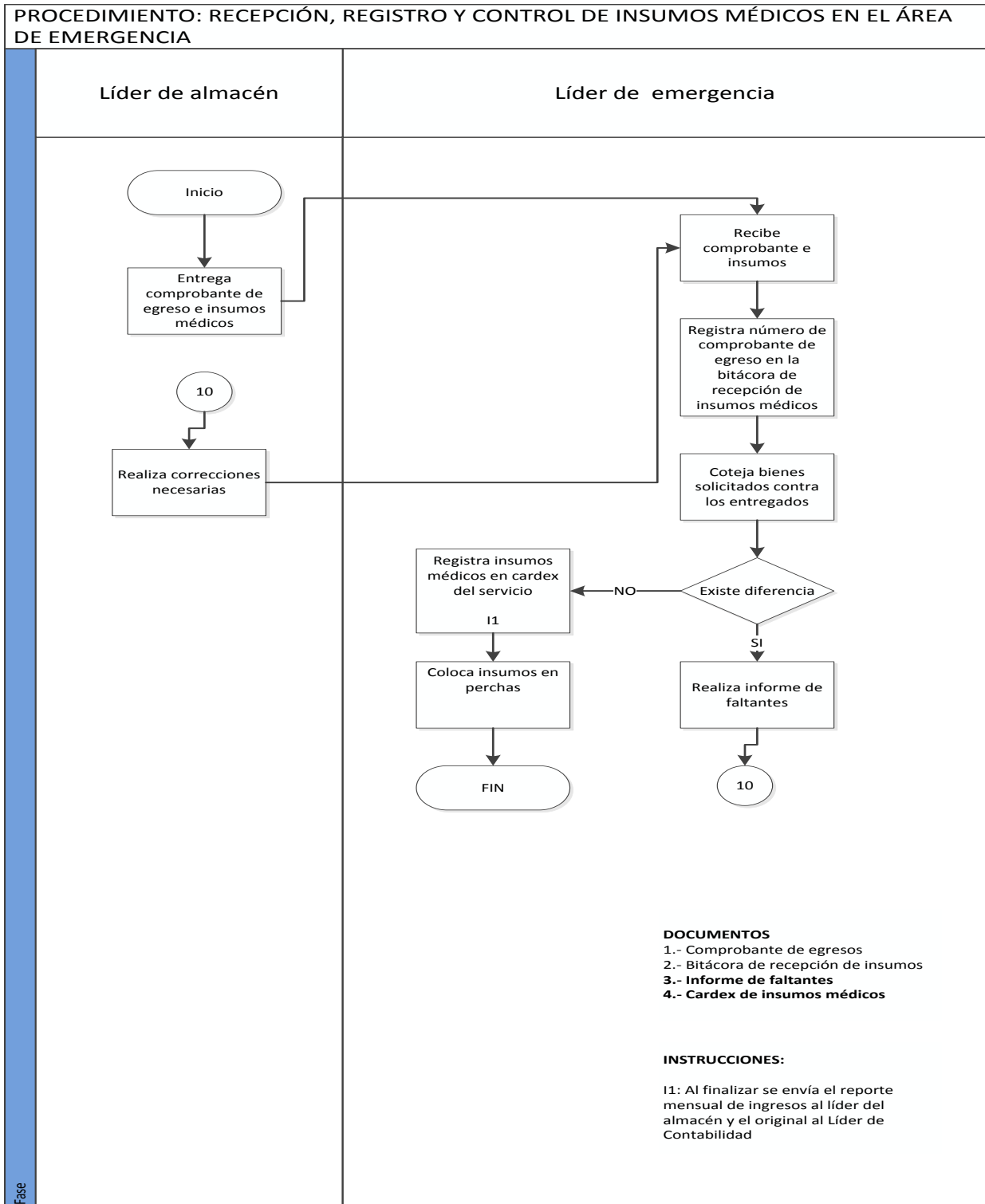
ACTIVIDADES:

- ✓ El Líder de Almacén entrega a la Líder del Área de Emergencia, el comprobante de egreso de Bodega en original y dos copias junto con los insumos médicos.
- ✓ La Líder recibe el original y 2 copias del comprobante de egreso de Bodega conjuntamente con los insumos médicos:

- Anota el número de comprobante de egreso en la bitácora de recepción de insumos médicos, registra la fecha, día y hora de entrega recepción de los insumos.
- Coteja los bienes entregados contra los solicitados en el formulario de requisición, si encuentra diferencias anota los códigos y cantidades que no fueron despachadas, para efectos de solicitar la provisión posteriormente.
- Verifica físicamente los insumos contra los comprobantes de egreso y determina:
 - Si detecta faltantes o sobrantes de insumos médicos con relación a lo constante en el comprobante de egreso, caducos, rotos o no utilizables por el servicio, anota en cada uno de los ítems del comprobante de egreso las cantidades realmente recibidas; firma el comprobante de egreso en cada uno de los ítems, realiza el comprobante de faltantes, devolución o rechazo según sea el caso y lo imprime en original y dos copias, en este documento deberá anotar los códigos, descripción y cantidades de los insumos referidos, firma y remite al Líder del Almacén Central.
 - Si todos los bienes entregados concuerdan con el requerimiento, anota nombre y firma de revisado, devuelve el original y una copia al Líder del Almacén, la segunda copia queda para su archivo y con la cual se registran cada uno de los insumos médicos en los kardex del servicio.

- ✓ El Líder de Almacén recibe el original y una copia del comprobante de egreso corregido, o en su caso firmado y sellado con el recibido de la Líder de Emergencia y procede hacer las correcciones.
- ✓ La Líder de Emergencia con la segunda copia, procede a ingresar en el sistema Olympto V5 o en forma manual todos y cada uno de los insumos médicos recibidos, de acuerdo a cada código, y nombre de los productos, firma y emite un original y una copia del ingreso:
 - El comprobante original es remitido al Departamento de Contabilidad para su posterior comprobación.
 - La copia del ingreso se queda en el área de Emergencia para su archivo.
- ✓ La Líder de Emergencia el último día hábil del mes, elabora el reporte mensual de ingresos, en original y dos copia, lo firma y lo remite una copia para el Líder del Almacén y la original para el Departamento de Contabilidad.
- ✓ El Líder de Almacén recibe una copia del informe mensual de salidas ocurridos durante el mes, firma el acuso de recibo y lo devuelve a la Líder de Emergencia.
- ✓ El Departamento de Contabilidad recibe el original del reporte mensual de salidas del área de Emergencia ocurridas durante el mes; genera el informe correspondiente para cruce y concilia cifras con los reportes de salida del Almacén Central correspondientes. Continúa proceso correspondiente.
- ✓ FIN.

6.8.2.2. PROCEDIMIENTO: RECEPCIÓN Y REGISTRO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.



ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

6.8.2.3. PROCEDIMIENTO: UTILIZACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.

OBJETIVO:

Proporcionar un instrumento administrativo que integre las acciones, los elementos y las técnicas necesarias para el control, custodia y uso de los insumos médicos en el Área de Emergencia del HPAS.

RESPONSABLES:

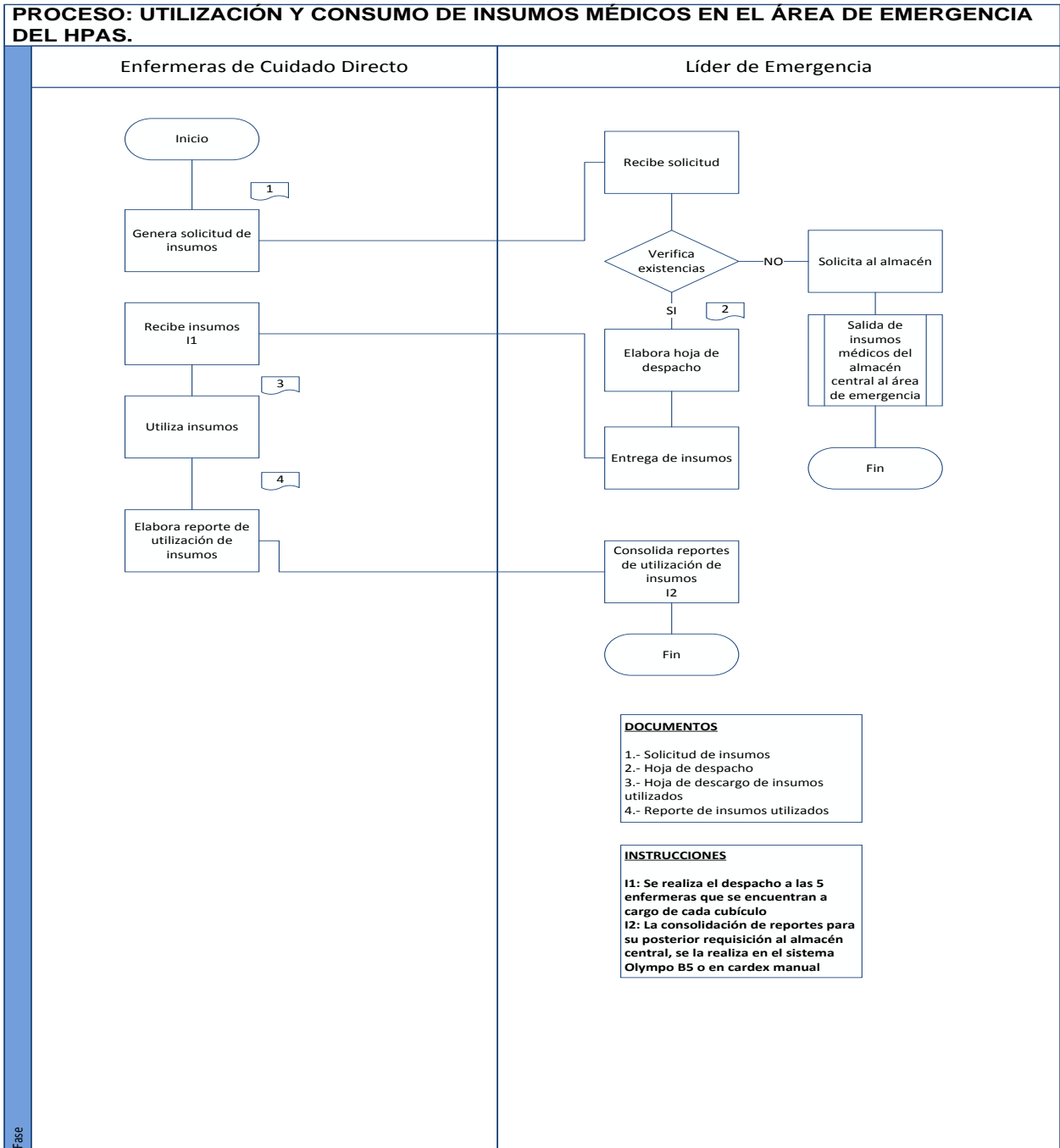
- Líder de Emergencia
- Enfermeras

ACTIVIDADES:

- ✓ La Líder de Emergencia de acuerdo a los requerimientos históricos entrega a cada una de las enfermeras responsables de cada cubículo los insumos médicos necesarios para la utilización diaria en el servicio.
- ✓ Las enfermeras cada día y permanentemente colocan en los cestos ubicados en cada cubículo los insumos médicos necesarios a ser utilizados en cada uno de los pacientes:

- Registran en la hoja de control de insumos por cubículo cada uno de insumos que son repuestos.
- ✓ Las enfermeras cada día descargan del sistema o manualmente los insumos registrados en la hoja de control de insumos por cubículo, y entregan al Líder de Emergencia para su descargo consolidado.
- ✓ La Líder de Emergencia de acuerdo a los reportes de cada enfermera elabora el informe diario y mensual de salidas de insumos, para su posterior requisición y reposición de insumos médicos al Almacén Central.
- ✓ FIN

6.8.2.4. FLUJOGRAMA PROCEDIMIENTO: UTILIZACIÓN Y CONSUMO DE INSUMOS MÉDICOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAS.



6.8.3. EN EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD

FUNCIONES:

- Llevar a cabo el registro contable de los movimientos de insumos médicos del Área de Emergencia e incorporarlos en los estados financieros de la Entidad.
- Definir y establecer en coordinación de la Coordinación de Gestión Institucional el método y las técnicas de evaluación de los inventarios de insumos médicos en el Área de Emergencia del HPAS.
- Conciliar mensualmente con el Alacén Central y el área de Emergencia los saldos existentes reportados durante el mes.

6.8.3.1. PROCEDIMIENTO: CONCILIACIÓN DEL MOVIMIENTO DE INSUMOS MÉDICOS A TRAVÉS DEL ALMACEN CENTRAL Y EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y REGISTRO CONTABLE

OBJETIVO:

Proporcionar al Almacén Central un instrumento administrativo que permita integrar las operaciones, elementos y las técnicas necesarias, para llevar a cabo la conciliación de movimientos de los insumos médicos, entre el Almacén Central y el Departamento de Contabilidad.

RESPONSABLES:

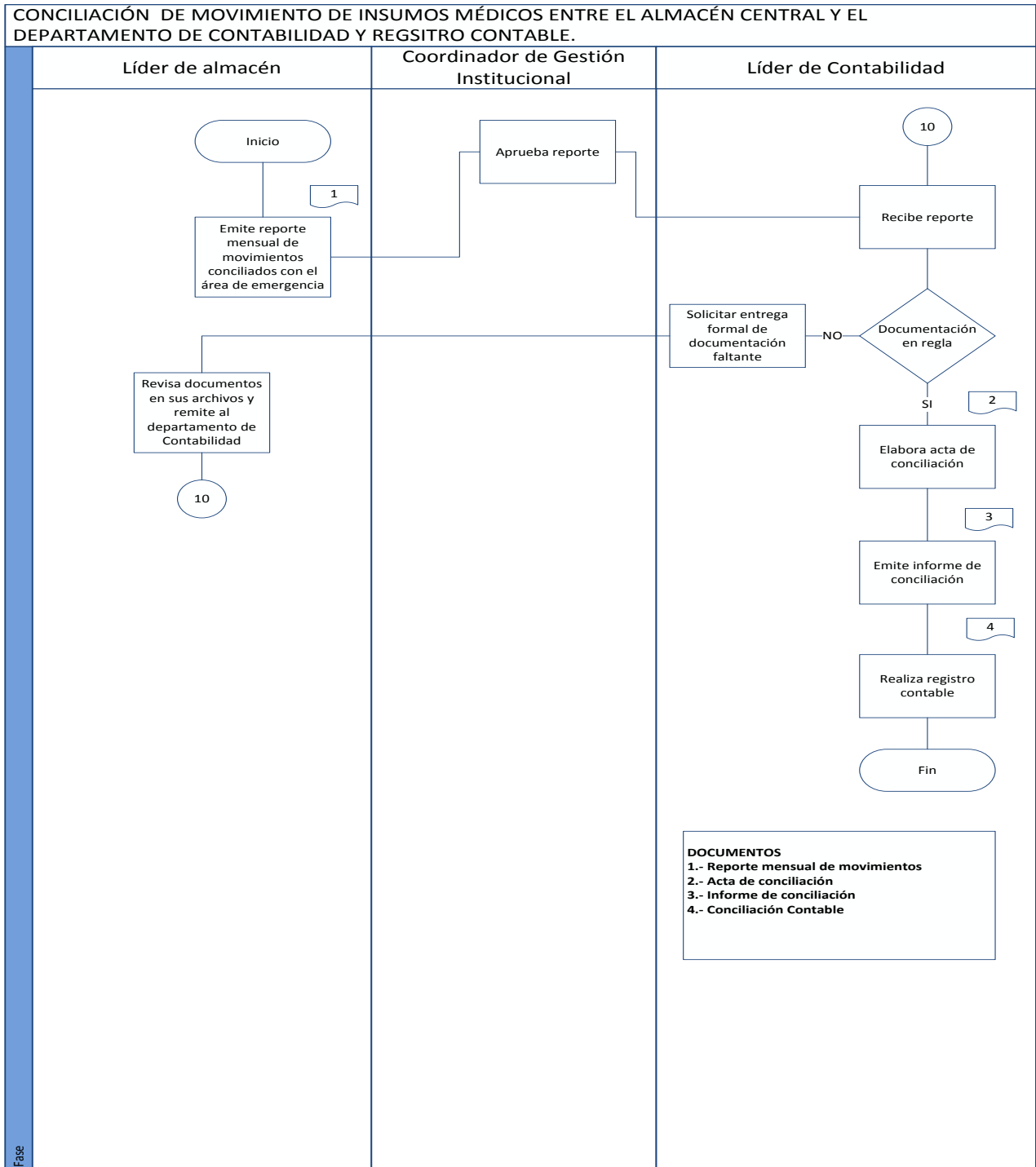
- Líder del Departamento de Contabilidad
- Líder del Almacén Central
- Coordinador de Gestión Institucional

ACTIVIDADES:

- ✓ El Líder de Almacén Central emite el reporte mensual de movimientos conciliados con el Área de Emergencia en original y copia y lo remite a la Coordinación de Gestión Institucional.
- ✓ El Coordinador de Gestión Institucional recibe el reporte mensual de movimientos conciliados con el Área de Emergencia en original y copia y lo remite al Departamento de Contabilidad.
- ✓ El Líder de Contabilidad recibe copia del reporte mensual de movimientos conciliado con el Área de Emergencia:
 - Revisa que los documentos de soporte estén completos, los integra al expediente y determina:
 - Si no faltare ningún documento y todo se encontrara en orden; elabora un acta de conciliación en coordinación con el Almacén Central y remite copia al mismo Almacén.
 - El Líder de Almacén recibe copia del acta de conciliación y archiva.

- Si encuentran faltantes de comprobantes de egreso o ingreso, le solicita al Líder de Almacén que entregue los documentos faltantes en documento firmado.
 - El Líder de Almacén recibe el requerimiento de documentos faltantes, los obtiene de sus archivos y los envía al Departamento de Contabilidad.
 - El Líder de Contabilidad recibe los documentos faltantes, los revisa y los integra al expediente, y compara contra los soportes respectivos y determina :
 - Si el reporte coincide con los informes mensuales de movimientos y los demás soportes, elabora el acta de conciliación en coordinación con el Líder de Almacén Central, archiva y se conecta con trámite interno.
 - Si existieren diferencias, el Líder de Almacén deberá elaborar un informe, indicando los comprobantes que quedan pendientes, debiendo aclararse estas diferencias en la próxima conciliación.
- ✓ El Líder de Almacén Central recibe copia del Acta de Conciliación, y archiva.
- ✓ El Líder de Contabilidad realiza el registro contable.
- ✓ FIN

6.8.3.2. FLUJOGRAMA: CONCILIACIÓN DEL MOVIMIENTO DE INSUMOS MÉDICOS A TRAVÉS DEL ALMACÉN CENTRAL Y EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y REGISTRO CONTABLE.



ELABORADO POR: JOSE TORRES MALDONADO

6.8.3.3. ASIENTO CONTABLE

Una vez que el Líder de Contabilidad concilia los reportes de egresos de insumos médicos de Almacén Central, procede a realizar el siguiente asiento contable, el mismo que afecta las cuentas de Gasto y de Inventario:

CUENTA	DEBITO	CREDITO
634.08.10 Materiales para Laboratorio y Uso Médicos	XXXX	
131.01.10 Existencias de Materiales para Laboratorio y Uso Médico		XXXX
P/R. Consumo mensual de Insumos Médicos entregados del Almacén Central al Área de emergencia		

6.9. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se evalúan los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación como parte de la autoevaluación.

6.9.1. Definición

La Evaluación del Control Interno consiste en la revisión y análisis de todos los procedimientos, y actividades que han sido incorporados al ambiente y estructura del control interno, así como a los sistemas que mantiene el Área de Emergencia del HPAS para el control e información de las operaciones y sus resultados, con el fin de comprobar si éstos se encuentran alineados con los objetivos institucionales, para el uso y control de los recursos (humanos, materiales y financieros), así como la determinación de la consistencia de las actividades que en el Área se realizan.

Evaluar un sistema de Control Interno, es hacer un análisis objetivo del mismo. Esta evaluación se hace a través de la interpretación de los resultados de una prueba efectuada, la cual tienen por finalidad establecer si se están realizando correctamente y aplicando los métodos, políticas y procedimientos establecidos por la Gerencia del Hospital para proteger sus activos y para hacer eficientes sus operaciones.

La evaluación que se haga del Control Interno, es de fundamental importancia ya que por su medio se podrá evidenciar si las políticas implantadas se están desarrollando a cabalidad y si en general se están cumpliendo correctamente.

6.9.2. Método

6.9.2.1. Método de Cuestionario

Para el presente estudio, se propone como medio de evaluación del Sistema de Control Interno el Método de Cuestionario. En este procedimiento se elaboran previamente una serie de preguntas en forma técnica y por áreas de operación. Estas preguntas deben ser redactadas en una forma clara y sencilla para que sean comprensibles por los diferentes empleados y trabajadores a quienes se les solicitará que las respondan. Una respuesta negativa advierte debilidades en el control interno.

6.9.3. Propuesta de modelo de evaluación del Sistema de Control Interno para el Área de Emergencia del HPAS.

EL Modelo que se propone a continuación ofrece una visión global del Sistema de Control Interno en el Área de Emergencia del HPAS, permitiendo identificar el estado de madurez en que se encuentran cada uno de sus componentes: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control Gerencial, Sistemas de Información y Supervisión, los cuales interactúan entre sí para promover el logro de los objetivos institucionales. Para tales efectos, se establecen tres posibles estados de madurez que en su orden progresivo son: incipiente, competente y experto.

6.9.3.1. Marco de aplicación

6.9.3.1.1. Objetivo

Contribuir al fortalecimiento del sistema de control interno del Área de Emergencia del HPAS, mediante la determinación del grado de avance en la consolidación y la mejora continua de dicho sistema.

6.9.3.1.2. Naturaleza

El modelo de evaluación del sistema de control interno del Área de Emergencia del HPAS es una herramienta de diagnóstico que permitirá a la Gerencia conocer

el estado de su sistema de control interno, por lo que se constituye en un insumo importante para la autoevaluación, que debe realizarse anualmente, considerando lo dispuesto en el Capítulo II, Sección I, artículos 9 al 12 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; y las Normas de Control Interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de recursos públicos.

Es una herramienta que se propone como una mejor práctica para la Institución y que se integre como parte de los demás instrumentos que posee la entidad para el seguimiento del sistema de control interno.

6.9.3.1.3. Alcance

El modelo de evaluación del sistema de control interno del Área de Emergencia del HPAS, permite conocer el estado actual del sistema desde una óptica global, en donde se considere al Registro como un todo.

6.9.3.1.4. Estructura

El modelo comprende los componentes funcionales del sistema de control interno y los posibles estados que describen el avance de cada uno de ellos.

Los componentes funcionales son:

- (1) el ambiente de control,
- (2) la evaluación del riesgo,

- (3) las actividades de control gerencial,
- (4) los sistemas de información y
- (5) la supervisión del sistema de control interno.

El modelo de evaluación comprende una hoja separada por componente del sistema de control interno. En cada hoja se incluye la definición del componente respectivo, así como cuatro atributos que le son característicos; respecto de los atributos se presentan los rasgos que podrían asumir en tres posibles estados, conforme a la siguiente escala evolutiva:

a) Incipiente

Existe evidencia de que el Área de Emergencia del HPAS ha emprendido esfuerzos aislados para el establecimiento del sistema de control interno; sin embargo, aún no se ha reconocido su importancia. El enfoque general en relación con el control interno es desorganizado.

b) Competente

Los procedimientos se han estandarizado y documentado, y se han difundido en todos los niveles del Área de Emergencia del HPAS. El sistema de control interno funciona conforme a las necesidades del Área y el marco regulador.

c) Experto

Los procesos se han refinado hasta un nivel de mejor práctica, se basan en los resultados de mejoras continuas y la generación de iniciativas innovadoras. El control interno se ha integrado de manera natural con las operaciones y el flujo de trabajo, brindando herramientas para mejorar la calidad y la efectividad, y haciendo que el Área de Emergencia del HPAS se adapte de manera rápida.

6.9.3.2. Implementación:

De acuerdo con los deberes establecidos en las Normas de Control Interno, al Gerente General y a las Máximas Autoridades les corresponde definir, de conformidad con la naturaleza y complejidad de la entidad, la forma en que se aplicará la herramienta, cuya periodicidad de aplicación debe ser periódicamente.

Para ello, las autoridades competentes deben definir al menos lo siguiente:

- Un responsable que asuma el rol de líder para la aplicación de la herramienta.
- La participación del Gerente General y el Líder del Área de Emergencia del HPAS en la aplicación de la herramienta.
- La participación de los demás empleados y trabajadores del Área de Emergencia del HPAS en la aplicación de la herramienta.
- El período para la aplicación de la herramienta.
- La fecha límite para la comunicación de resultados del diagnóstico.

- El uso de los resultados del diagnóstico en el proceso de autoevaluación anual del sistema de control interno.

6.9.3.3. Responsables

Como parte de sus responsabilidades en cuanto al control interno, el Gerente General y el Líder del Área de Emergencia del HPAS serán los responsables de aplicar la herramienta del modelo de evaluación del sistema de control interno; así también, de utilizar los resultados que se obtengan como insumo importante para la definición de las acciones de fortalecimiento del sistema de control interno en el Área de Emergencia del HPAS.

6.9.3.4. Base Legal

Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.

Normas de control interno para las Entidades, Organismos del Sector Público y de las Personas Jurídicas de Derecho Privado que dispongan de recursos públicos.

6.9.3.5. Instrucciones para el uso

El Modelo de Evaluación del Sistema de Control Interno para el Área de Emergencia del HPAS es una herramienta de diagnóstico para determinar el grado de adelanto en la consolidación y la mejora continua de dicho sistema.

El Modelo está compuesto de cinco secciones, cada sección se identifica con cada uno de los componentes del sistema de control interno. Cada sección se presenta por separado; se recomienda contestar los tópicos de cada una de las secciones en el orden en que se presentan.

El uso del Modelo consta básicamente de dos pasos:

Paso 1:

Cada cuadro se identifica con el nombre del respectivo componente del Sistema de Control Interno. En cada caso, se consideran cuatro atributos que contienen las características que describen la evolución de cada componente específico con base en tres posibles estados: incipiente, competente y experto. Por cada criterio se ofrecen tres posibles descripciones, identificadas como opciones A, B y C, en el mismo orden de los posibles estados, a los cuales corresponden. El usuario debe identificar la descripción que se ajusta de manera completa a las condiciones de la institución en términos del criterio que se esté analizando; habiéndolo hecho, debe posicionarse en la celda en blanco que aparece a la derecha de la descripción respectiva, y digitar una "X".

Es necesario indicar que aunque las condiciones prevaletientes en el Área de Emergencia del HPAS indiquen que hay avances que la podrían ubicar en el siguiente nivel de madurez, se debe seleccionar la opción que indique las descripciones que se cumplen en su totalidad, es decir, el nivel que ya se ha

superado, pues no se podrá seleccionar el siguiente hasta tanto todas sus características se cumplan. El subir de un nivel a otro, significa que se han superado las condiciones del nivel anterior.

Paso 2:

Cuando se hayan completado las cinco secciones relativas a los cinco componentes funcionales del sistema de control interno, se podrá pasar a determinar los "Puntajes", mediante un sistema de colores, del nivel de atención que debe prestarse a cada uno. A partir de estos resultados se podrá identificar e interpretar mediante gráficos y análisis los factores que deben alcanzarse para pasar al próximo nivel de madurez; con base a ello, es conveniente que la Gerencia y el Líder de Emergencia procedan a profundizar en los aspectos de mayor relevancia y definir las acciones pertinentes. Cabe indicar que se ha determinado la atención máxima para el nivel más bajo de madurez (incipiente), y éste va disminuyéndose de manera gradual hasta llegar a la atención leve cuando se alcanza la madurez más alta (experto). Posteriormente, la Gerencia deberá definir las acciones concretas a emprender, estas acciones se harán constar de manera específica en el análisis de resultados.

Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL

El ambiente de control es el conjunto de factores del ambiente organizacional que deben establecer y mantener el Gerente, los Líderes y demás funcionarios, para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno. El modelo de evaluación contempla los siguientes cuatro atributos en relación con el ambiente de control: 1.1 - Compromiso / 1.2 - Ética / 1.3 - Personal / 1.4 - Estructura

1.1		Compromiso	
¿En qué consiste?	<i>El Gerente y los Líderes de los Servicios deben apoyar constantemente el sistema de control interno y demostrar su compromiso con el diseño, la implantación, el fortalecimiento y la evaluación del sistema.</i>		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un limitado compromiso por parte de algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes de los Servicios) con respecto al control interno en el Área de Emergencia . - El control interno es entendido de diferentes maneras por el Gerente y los Líderes de los Servicios. - Las regulaciones sobre control interno son establecidas de manera aislada por los Líderes de los Servicios, en relación con los asuntos que consideran sensibles. 		
B	<ul style="list-style-type: none"> - El Gerente y los Líderes de los Servicios demuestran, en su gestión diaria, su compromiso con el control interno. Esto incluye acciones concretas de apoyo al funcionamiento y fortalecimiento de la actividad de auditoría interna. - Los funcionarios de la institución tienen claridad sobre la importancia del control interno para la consecución de los objetivos en el Área de Emergencia. - El Gerente y los Líderes de los Servicios han definido a nivel en el Área de Emergencia y en cada unidad orgánica, las regulaciones para el funcionamiento sistemático del control interno. 		
C	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizan actividades para promover la generación e implementación de iniciativas innovadoras y proactivas en relación con el sistema de control interno en el Área de Emergencia . - Los funcionarios tienen una actitud proactiva respecto del mejoramiento constante del control interno, mediante aportes que agregan efectividad a dicho sistema y valor a la gestión en el Área de Emergencia . - Se cuenta con mecanismos que permiten la evaluación y el fortalecimiento constantes del sistema de 		
TOTAL ATRIBUTO:			
1.2		Ética	
¿En qué consiste?	<i>La ética en el desempeño en el Área de Emergencia como parte del ambiente de control, debe fortalecerse mediante la implantación y fortalecimiento de medidas, instrumentos y demás elementos en materia ética, lo cual debe integrarse en los sistemas de gestión.</i>		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	<ul style="list-style-type: none"> - La ética es percibida por los funcionarios de la institución como un comportamiento correcto, de acuerdo con sus creencias y valores. - Los funcionarios de la institución reconocen la importancia de algunos valores en el Área de Emergencia. - La ética es considerada como una responsabilidad de las autoridades en el Área de Emergencia. 		
B	<ul style="list-style-type: none"> - Se están planificando y realizando actividades de divulgación para lograr un conocimiento generalizado de los factores formales de la ética vigentes en la organización. - Se han establecido y fortalecido los factores formales de la ética, a saber: declaración de visión, misión, valores, código de ética u otros similares; así también los referidos al clima organizacional, valores compartidos, creencias y otros factores que se dan de manera informal en la institución. - Se ha incorporado la ética en los sistemas de gestión de mayor impacto en el Área de Emergencia y con 		
C	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los funcionarios de la institución asumen con plena conciencia las responsabilidades éticas en todos sus ámbitos de acción. - El Gerente y los Líderes de los Servicios son líderes y ejemplo respecto a la ética en el Área de Emergencia . - Se han instaurado mecanismos que promueven el constante compromiso y fortalecimiento de la ética en el Área de Emergencia , así como la anticipación de condiciones que le afecten y la generación de iniciativas innovadoras. 		
TOTAL ATRIBUTO:			

1.3	Personal	
¿En qué consiste?	<i>El funcionamiento exitoso del sistema de control interno requiere que el personal de la institución reúna las competencias y los valores requeridos para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control correspondientes a los diversos puestos.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	- Sólo una parte del personal posee los requisitos necesarios para el desempeño de las responsabilidades encomendadas. - La administración de recursos humanos se circunscribe a labores de contratación y remuneración del personal.	
B	- El personal de la institución cuenta con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto asignado. - El Gerente y los Líderes de los Servicios han asumido sus responsabilidades respecto de la administración de recursos humanos, con el apoyo técnico y profesional de la unidad orgánica a cargo de dicha labor.	
C	- La retención y motivación de los funcionarios de la institución muestran niveles que propicien la conservación del capital humano y el logro de objetivos en el Área de Emergencia. - El Gerente y los Líderes de los Servicios, en conjunto con la unidad de apoyo a la administración de recursos humanos, promueven continuamente el mejoramiento constante de las competencias de todos los funcionarios, de acuerdo con los puestos de trabajo asignados.	
TOTAL ATRIBUTO:		
1.4	Estructura	
¿En qué consiste?	<i>La estructura orgánica debe propiciar el logro de los objetivos en el Área de Emergencia, y en consecuencia, apoyar el sistema de control interno, mediante la definición de la organización formal, sus relaciones jerárquicas, líneas de dependencia y coordinación; asimismo, debe ajustarse según lo requieran la dinámica en el Área de Emergencia, del entorno y de los riesgos relevantes.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	- Existe conformidad con la estructura organizacional, pese a que en algunas ocasiones se advierte la necesidad de modificar algunas relaciones de coordinación, autoridad y responsabilidad en procura de una gestión en el Área de Emergencia más eficiente. - La estructura organizacional contempla medidas básicas de control que se expresan de manera limitada en la asignación de autoridad y responsabilidad y la separación de funciones incompatibles.	
B	- El Gerente y los Líderes de los Servicios han instaurado procesos para procurar una estructura orgánica que sea adaptativa con base en las circunstancias, las necesidades y los objetivos de la institución, así como los riesgos que le plantea su entorno. - El Gerente y los Líderes de los Servicios han introducido ajustes en la estructura organizacional para armonizarla con los objetivos en el Área de Emergencia. Los funcionarios de la institución conocen oportunamente la información sobre ajustes en la estructura orgánica y participan en la implementación de los cambios definidos.	
C	- Se evalúa constantemente la efectividad de la estructura como mecanismo para potenciar la gestión y responder efectivamente a los riesgos, y en consecuencia se realizan oportunamente los ajustes pertinentes. - Se han instaurado mecanismos para promover la generación e implementación de iniciativas innovadoras y proactivas en relación con la estructura orgánica.	
TOTAL ATRIBUTO:		
TOTAL DE SECCION (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4) / 4		0

PUNTAJE: A = 30 puntos
B = 60 puntos
C = 100 puntos

NIVEL DE ATENCION POR ATRIBUTO: 30 puntos = ATENCION MAXIMA
60 puntos = ATENCION MEDIA
100 puntos = ATENCION LEVE

ÍNDICE GENERAL POR SECCION: De 0 a 30 puntos = INCIPIENTE
De 31 a 60 puntos = COMPETENTE
De 61 a 100 puntos = EXPERTO

Sección 2 — EVALUACION DEL RIESGO

La valoración del riesgo conlleva la identificación y el análisis de los riesgos que enfrenta la institución, tanto de fuentes internas como externas relevantes para la consecución de los objetivos; deben ser realizados por el Gerente y los Líderes de los Servicios, con el fin de determinar cómo se deben administrar dichos riesgos. Es fundamental para el logro de los objetivos de la planificación estratégica, táctica y operativa de la entidad. El modelo de evaluación contempla los siguientes cuatro atributos en relación con la valoración del riesgo: 2.1 - Marco orientador / 2.2 - Herramienta para la administración de la información / 2.3 - Funcionamiento del SEVRI / 2.4 - Documentación y comunicación

2.1		Marco orientador	
¿En qué consiste?	Debe establecerse un marco orientador para la valoración del riesgo en el Área de Emergencia que comprenda la política de valoración del riesgo, la estrategia del Sistema Específico de Valoración del Riesgo en el Área de Emergencia y la normativa interna que regule este último. Las tres anteriores, deben ser aprobadas por el Gerente, divulgadas a toda la organización y aplicadas por todos los funcionarios.		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo es entendido de diferentes maneras por el Gerente, los Líderes de los Servicios y los demás funcionarios de la institución. - La conciencia sobre la importancia de llevar a cabo una valoración del riesgo como medio para conducir las operaciones en el Área de Emergencia con eficacia, es apenas incipiente, y se pone de manifiesto sólo en algunas instancias. - La institución contempla las disposiciones del marco jurídico y técnico en materia de valoración de riesgo, pero no ha establecido sus propias regulaciones y políticas sobre el particular. 		
B	<ul style="list-style-type: none"> - El significado del concepto de riesgo es uniforme en toda la institución y ampliamente compartido. - La institución ha establecido metas específicas sobre los riesgos relevantes. Se determinan los resultados esperados de la valoración del riesgo en tiempo y espacio, los recursos necesarios y sus responsables. - La política, la estrategia y la normativa de valoración del riesgo, así como los parámetros de aceptabilidad de riesgos, han sido aprobados por el Gerente y divulgados a toda la institución. 		
C	<ul style="list-style-type: none"> - Se han instaurado procesos para la investigación constante sobre valoración del riesgo y las metodologías correspondientes, y se promueve la generación de iniciativas innovadoras y su implementación. - La convicción sobre la importancia la valoración de los riesgos ha calado profundamente en el accionar en el Área de Emergencia , lo que ha generado una actitud proactiva e investigativa para la mejora constante de los esfuerzos sobre el particular. - La política, la estrategia y la normativa en el Área de Emergencia de valoración de riesgos se actualizan y se ajustan periódicamente conforme avanza el conocimiento sobre el tema y en procura del aprovechamiento de oportunidades de mejora de la gestión. 		
TOTAL ATRIBUTO:			
2.2		Herramienta para la administración de la información	
¿En qué consiste?	Debe establecerse una herramienta para la gestión y documentación de la información que utilizará y generará el Sistema Específico de Valoración del Riesgo en el Área de Emergencia , la cual podrá ser de tipo manual, computarizada o una combinación de ambos.		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su entidad, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	Algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes de los Servicios) administran de manera aislada la información sobre los riesgos que analizan, utilizando los recursos informáticos disponibles en las unidades orgánicas correspondientes.		
B	Se cuenta con una herramienta para la administración de la información sobre riesgos, cuyo alcance es congruente con el marco orientado de valoración del riesgo.		
C	La herramienta para la administración de la información provee oportunamente al Gerente y a los titulares subordinarios, alertas de nuevos riesgos o de cambios en los riesgos existentes.		
TOTAL ATRIBUTO:			

2.3		Funcionamiento del SEVRI	
¿En qué consiste?	<i>Deben ejecutarse actividades para la identificación, análisis, evaluación, administración y revisión por áreas, sectores, actividades o tareas, de conformidad con las particularidades de la institución.</i>		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su entidad, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	<ul style="list-style-type: none"> - Algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes de los Servicios) realizan una valoración intuitiva de algunos riesgos que afectan las actividades de las unidades orgánicas que dirigen. - Las autoridades en el Área de Emergencia tienen una noción intuitiva de cuáles son los riesgos más relevantes, y definen, en consecuencia con esa noción, los controles que deben aplicarse. - Las autoridades en el Área de Emergencia están atentas a la eficacia de los controles que han aplicado en relación con los riesgos que han determinado de manera intuitiva. 		
B	<ul style="list-style-type: none"> - El Gerente y los Líderes de los Servicios conocen los riesgos relevantes y las medidas que se han tomado para administrarlos. - Los parámetros de aceptabilidad de riesgos en el Área de Emergencia son aplicados para analizar y priorizar los riesgos con base en su nivel, dado por la combinación de su probabilidad de ocurrencia y la magnitud de su eventual impacto. - Los riesgos se revisan periódicamente con base en los parámetros de aceptabilidad de riesgos, a fin de determinar variaciones en su nivel, medido por la combinación de su posibilidad de ocurrencia y la magnitud de su eventual impacto. 		
C	<ul style="list-style-type: none"> - La valoración de riesgos está inmersa en las actividades diarias, y permite anticipar condiciones que podrían incidir en la consecución de los objetivos en el Área de Emergencia, así como emprender las acciones correspondientes. - Se cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos que propician un análisis constante de los riesgos, a fin de ajustar oportunamente las medidas de administración vigentes. - Constantemente y de manera sistemática se evalúa la información que suministra el Sistema Específico de Valoración del Riesgo en el Área de Emergencia y se ajustan las medidas para la administración de riesgos. 		
TOTAL ATRIBUTO:			

2.4		Documentación y comunicación	
¿En qué consiste?	<i>Deben establecer actividades permanentes del proceso de valoración del riesgo referidas a la documentación y comunicación, que consisten en el registro y la sistematización de información asociada con los riesgos, así como la preparación, distribución y actualización de información sobre los riesgos.</i>		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su entidad, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	<ul style="list-style-type: none"> - La información sobre riesgos consta únicamente en la documentación elaborada por algunos Líderes de los Servicios acerca de los análisis que han efectuado en relación con las situaciones que afectan las labores de la unidad orgánica que dirigen. - La documentación de los riesgos se efectúa sin haber definido los elementos mínimos que debe contemplar. - La documentación de los riesgos es mantenida por las autoridades en el Área de Emergencia, y sólo eventualmente se comparte con otras instancias. 		
B	<ul style="list-style-type: none"> - Se documentan los elementos mínimos sobre los riesgos (probabilidad y consecuencia de materialización de los riesgos, nivel de riesgos y medidas de administración), y dicha documentación está disponible para los funcionarios de la institución. - La institución ha establecido y aplica de manera sistemática, mecanismos de documentación y comunicación sobre riesgos. - Se han definido los usos de la información que genera la revisión de riesgos. 		
C	<ul style="list-style-type: none"> - Se cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos que garantizan razonablemente la revisión y actualización permanente de la información sobre los riesgos en el Área de Emergencia, la cual se evalúa y se ajusta de acuerdo con los requerimientos del entorno. - Se han instaurado procesos para la documentación de riesgos, que promuevan la generación de iniciativas innovadoras. - Se han instaurado procesos para la comunicación de riesgos, que promuevan la generación de iniciativas innovadoras. 		
TOTAL ATRIBUTO:			

TOTAL DE SECCION (2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4) / 4	0
---	----------

PUNTAJE: A = 30 puntos
B = 60 puntos
C = 100 puntos

NIVEL DE ATENCION POR ATRIBUTO: 30 puntos = ATENCION MAXIMA
60 puntos = ATENCION MEDIA
100 puntos = ATENCION LEVE

ÍNDICE GENERAL POR SECCION: De 0 a 30 puntos = INCIPIENTE
De 31 a 60 puntos = COMPETENTE
De 61 a 100 puntos = EXPERTO

Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

La Ley General de Control Interno define las actividades de control como políticas y procedimientos que permiten obtener la seguridad de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, por los Gerentes y Líderes de los Servicios para la consecución de los objetivos del sistema de control interno. El modelo de evaluación contempla los siguientes atributos respecto de las actividades de control:
3.1 - Características / 3.2 - Alcance / 3.3 - Formalidad / 3.4 - Aplicación

3.1		Características de las actividades de control	
¿En qué consiste?	Las actividades de control deben reunir las siguientes características: a) Integración a la gestión b) Respuesta a riesgos c) Contribución al logro de los objetivos a un costo razonable (costo-beneficio) d) Viabilidad e) Documentación en manuales de procedimientos, descripciones de puestos u otros documentos similares f) Divulgación entre los funcionarios que deben aplicarlas en el desempeño de sus cargos		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	Las actividades de control se han establecido con base en prácticas tradicionales, y sólo en algunos casos se considera su costo.		
B	Las actividades de control reúnen las características requeridas, a saber: integración a la gestión, respuesta a riesgos, costo-beneficio, viabilidad, documentación y divulgación.		
C	Se han instaurado mecanismos para la investigación e innovación de temas atinentes a las actividades de control propias de la institución, lo que permite que éstas se ajusten de manera dinámica oportuna, conforme cambian los riesgos en el Área de Emergencia.		
		TOTAL ATRIBUTO:	
3.2		Alcance de las actividades de control	
¿En qué consiste?	Las actividades de control deben cubrir todos los ámbitos de la gestión en el Área de Emergencia y contribuir al logro de los objetivos del sistema de control interno.		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	Las actividades de control vigentes en la institución se orientan a la protección de algunos activos y a la prevención de fraude.		
B	Se cuenta con actividades de control referidas al mantenimiento y la verificación de documentación y registros sobre la gestión en el Área de Emergencia.		
C	Se aplican mecanismos para la búsqueda de medios innovadores para garantizar el cumplimiento de los objetivos, los cuales se traducen en actividades de control analizadas y documentadas.		
		TOTAL ATRIBUTO:	
3.3		Formalidad de las actividades de control	
¿En qué consiste?	Los requisitos de las actividades de control de control incluyen su documentación y comunicación, para lo cual se tiene como condición previa que sean oficializadas mediante su aprobación por las autoridades en el Área de Emergencia competentes.		Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:		
A	- Sólo algunas actividades de control están documentadas en breves descripciones de funciones y puestos; otras se han dispuesto mediante instrucciones a funcionarios específicos. - La documentación de las actividades de control es mantenida por los jefes de cada unidad, y sólo se dan a conocer a los funcionarios que deben aplicarlas.		
B	- La preparación, actualización y difusión de la documentación relativa a las actividades de control es una práctica normal y debidamente regulada en la institución. - Las actividades de control son de conocimiento de los funcionarios de la institución, y su documentación se mantiene disponible para su consulta por los funcionarios de la institución que deseen consultarla.		
C	- La documentación de las actividades de control se depura y actualiza constantemente, con la participación activa de los funcionarios atinentes, bajo el liderazgo de las autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes de los Servicios). - Existe plena conciencia sobre la importancia de que los funcionarios conozcan las actividades de control y su documentación, para que puedan hacer aportes de valor para su fortalecimiento constante. Por ello, constantemente se aplican métodos innovadores en procura de que el proceso de documentación y comunicación de las actividades de control sea participativo y generalizado.		
		TOTAL ATRIBUTO:	

3.4 Aplicación de las actividades de control		
¿En qué consiste?	<i>Las actividades de control deben estar integradas a los procesos en el Área de Emergencia, y su aplicación convertirse en una práctica normal, casi cultural, por parte de los funcionarios de la institución.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	- Se aplican solo algunas actividades de control obligatorias para proseguir con algún trámite específico. - Los supervisores o jefes son los encargados de asegurarse de que se cumplan las actividades de control vigentes, lo que realizan periódicamente.	
B	- Las actividades de control se han integrado a los procesos en el Área de Emergencia. - Los funcionarios responsables de ejecutar las actividades de control están atentos a su efectividad y comunican sus recomendaciones a los Líderes de los Servicios correspondientes.	
C	- Las actividades de control como parte de los procesos en el Área de Emergencia es, incorporan elementos que permiten la innovación y su mejora continua. - La cultura vigente es tal que propicia un autocontrol a la vez consciente y automático, que garantiza razonablemente la seguridad de que se contemple en los procesos la suficiencia y la validez de las actividades de control vigentes, así como que se emprendan las acciones pertinentes para su fortalecimiento.	
TOTAL ATRIBUTO:		
TOTAL DE SECCION (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4) / 4		0

A = 30 puntos
 PUNTAJE: B = 60 puntos
 C = 100 puntos

NIVEL DE 30 puntos = ATENCION MAXIMA
 ATENCION POR 60 puntos = ATENCION MEDIA
 ATRIBUTO: 100 puntos = ATENCION LEVE

ÍNDICE GENERAL POR 20 puntos = INCIPIENTE
 DE 31 a 60 puntos = COMPETENTE
 SECCION: De 31 a 60 puntos = EXPERTO

Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información son los elementos y condiciones necesarias para que de manera organizada, uniforme, consistente y oportuna se ejecuten las actividades de obtener, procesar, generar y comunicar la información de la gestión institucional y otra de interés para la consecución de los objetivos institucionales. El modelo de evaluación contempla los siguientes cuatro atributos en relación con los sistemas de información:

4.1 - Alcance de los sistemas de información / 4.2 - Calidad de la información / 4.3 - Calidad de la comunicación / 4.4 - Control de los sistemas de información

4.1	Alcance de los sistemas de información	
¿En qué consiste?	<i>Los sistemas de información deben asegurar razonablemente la recopilación, el procesamiento y el mantenimiento de información sobre el entorno, la institución y su desempeño, así como la comunicación de esa información a las instancias internas y externas que la requieran.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	- Se recopila, procesa y comunica información para cumplir con algunos requerimientos específicos que se presentan a la institución. - Algunos Líderes de los Servicios han realizado esfuerzos aislados para el procesamiento, generación y comunicación de información relativa a las actividades a su cargo.	
B	- El diseño y el desarrollo de los sistemas de información en la organización se fundamentan en una estrategia formal debidamente armonizada con los objetivos institucionales. - Los sistemas de información cubren, de manera integrada, la mayor parte de las actividades que se realizan en la institución. Como parte de ellos, el archivo institucional funciona de manera técnica y profesional.	
C	- Los sistemas de información permiten una gestión de la información externa e interna con un nivel óptimo de seguridad en cuanto a su calidad y oportunidad, como medio para la toma de decisiones por todos los usuarios. - Los sistemas de información incorporan los mecanismos y previsiones necesarias para la incorporación de iniciativas innovadoras y proactivas.	
TOTAL ATRIBUTO:		
4.2	Calidad de la información	
¿En qué consiste?	<i>Los SI deben recopilar, procesar y genera información que responda a la necesidad de los diversos usuarios, con un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo, y teniendo en cuenta los atributos de confiabilidad, oportunidad y utilidad que esa información debe reunir.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	Algunos sistemas de información generan la información necesaria para la atención de ciertos requerimientos específicos.	
B	Los sistemas de información generan la información requerida para el cumplimiento de los objetivos institucionales. La información generada por los sistemas reúne los atributos de confiabilidad, oportunidad y utilidad.	
C	Los sistemas de información se basan en procesos que consideran la dinámica del entorno y la anticipación e innovación necesarias para la consecución de los fines institucionales.	
TOTAL ATRIBUTO:		
4.3	Calidad de la comunicación	
¿En qué consiste?	<i>La información debe comunicarse a las instancias pertinentes, en forma y tiempo propicios, con un enfoque de efectividad y mejoramiento continuo, y utilizando canales y medio que garanticen razonablemente su oportunidad y seguridad.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	Se han definido algunos canales de comunicación para enviar la información requerida por las instancias internas únicamente.	
B	La información se comunica oportunamente a las instancias pertinentes. Al respecto, se cuenta con regulaciones precisas sobre la comunicación de información confidencial.	
C	La comunicación de la información se realiza a las instancias competentes, de manera ágil, oportuna y correcta, y permite a la institución desarrollar métodos novedosos de gestión, organización y rendición de cuentas.	
TOTAL ATRIBUTO:		

4.4 Control de los sistemas de información		
¿En qué consiste?	<i>Deben establecerse, aplicarse y perfeccionarse los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	Se cuenta con algunos controles en el proceso de generación de la información, definidos mediante esfuerzos aislados por parte de algunos Líderes de los Servicios.	
B	Los sistemas de información conllevan la definición de controles desde su diseño hasta su operación. Ello garantiza que posean los mecanismos de control apropiados para la generación de información confiable, oportuna y útil.	
C	Los sistemas de información cuentan con los controles necesarios para disminuir los riesgos de pérdida de información y de fallas en la recopilación, el procesamiento, el mantenimiento y la comunicación de información son mínimos. Además, la institución cuenta con mecanismos que propician la respuesta y anticipación oportunas, a las condiciones cambiantes del entorno que afectan dichos sistemas.	
TOTAL ATRIBUTO:		
TOTAL DE SECCION (4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4) / 4		0

PUNTAJE: A = 30 puntos
B = 60 puntos
C = 100 puntos

NIVEL DE ATENCION POR ATRIBUTO: 30 puntos = ATENCION MAXIMA
60 puntos = ATENCION MEDIA
100 puntos = ATENCION LEVE

ÍNDICE GENERAL POR SECCION: De 0 a 30 puntos = INCIPIENTE
De 31 a 60 puntos = COMPETENTE
De 61 a 100 puntos = EXPERTO

Sección 5 — SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El seguimiento comprende las actividades que se realizan para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno, a lo largo del tiempo; asimismo, para asegurar que los hallazgos de la auditoría y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud. El modelo de evaluación incluye los siguientes cuatro atributos en relación con el seguimiento: 5.1 - Participantes / 5.2 - Formalidad / 5.3 - Alcance / 5.4 - Contribución a la mejora del sistema de control interno

5.1 Participantes en el seguimiento del sistema de control interno		
¿En qué consiste?	<i>El liderazgo por el seguimiento del sistema de control interno debe ser asumido por el Gerente y compartido con los Líderes de los Servicios. Por su parte, los funcionarios tienen una participación activa en las labores de seguimiento continuo y periódico.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	El seguimiento del sistema de control interno es responsabilidad de una o varias unidades particulares.	
B	El seguimiento del sistema de control interno es asumido por el Gerente, los Líderes de los Servicios y los funcionarios, cada quien en el ámbito de sus competencias.	X
C	El Gerente y los Líderes de los Servicios han asumido un liderazgo compartido respecto del seguimiento del sistema de control interno; y han instaurado los mecanismos necesarios para la innovación y mejora continua del sistema.	
TOTAL ATRIBUTO:		
5.2 Formalidad del seguimiento del sistema de control interno		
¿En qué consiste?	<i>El seguimiento del sistema de control interno debe observar un proceso estructurado debidamente oficializado mediante las disposiciones administrativas pertinentes, en relación con el alcance, la periodicidad, las responsabilidades, los mecanismos y las herramientas correspondientes.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	Para unidades organizacionales específicas, existen disposiciones sobre el seguimiento que deben ejercer sobre el control interno aplicable a algunas de las actividades que realizan.	
B	El Gerente y los Líderes de los Servicios han instaurado regulaciones formales sobre el seguimiento del sistema de control interno, requiriendo que éste se realice vigilando la eficacia de las actividades de control en las operaciones diarias y que se lleve a cabo una autoevaluación anual del sistema de control interno y se elabore un plan de mejoras.	
C	El seguimiento del sistema de control interno es un proceso estructurado que incorpora revisiones de diversos tipos y herramientas flexibles. Los esfuerzos realizados en torno a este componente del control interno han contribuido a que se convierta en parte de la cultura en el Área de Emergencia.	
TOTAL ATRIBUTO:		
5.3 Alcance del seguimiento del sistema de control interno		
¿En qué consiste?	<i>El seguimiento del sistema de control interno debe abarcar el funcionamiento, la suficiencia y la validez del sistema, su contribución al desempeño en el Área de Emergencia y al logro de los objetivos, y el grado en que los componentes funcionales se han establecido e integrado en el accionar en el Área de Emergencia. Asimismo, debe comprender actividades permanentes y periódicas, y la implantación de las mejoras que se determinen.</i>	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	Existen labores aisladas de seguimiento del sistema de control interno con un alcance limitado a algunos controles específicos, las cuales se ponen de manifiesto mediante la vigilancia que, de manera rutinaria, ejercen los titulares sobre el cumplimiento de algunas actividades.	
B	El seguimiento del sistema de control interno y sus mecanismos se han integrado a las actividades en el Área de Emergencia, y en lo procedente se han incorporado en la documentación de los puestos y procesos. En ese sentido, los funcionarios aplican las actividades de seguimiento que les corresponden, y en esos esfuerzos son supervisados por los Líderes de los Servicios, quienes a su vez realizan un seguimiento general sobre las unidades en el Área de Emergencia a su cargo, con la orientación del Gerente.	
C	El seguimiento del sistema de control interno se realiza con un enfoque estratégico, y cubre el control de las actividades cotidianas, revisiones puntuales y el monitoreo de las mejoras acordadas.	
TOTAL ATRIBUTO:		

5.4 Contribución del seguimiento a la mejora del sistema de control interno		
¿En qué consiste?	Como resultado del seguimiento del sistema de control interno, deben determinarse las mejoras que procedan, las cuales se calendarizan en un plan de implementación que, a su vez, será objeto de verificación en términos de su aplicación conforme a lo planeado y de la efectividad de las medidas adoptadas para fortalecer dicho sistema.	Colocar una X
Opciones	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su área, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
A	La contribución del seguimiento a la mejora del sistema de control interno es mínima.	
B	El seguimiento del sistema de control interno constituye una herramienta que permite la valoración y mejora de dicho sistema y de su contribución a la gestión en el Área de Emergencia .	
C	El proceso de seguimiento se mejora constantemente, con lo que se incrementan sus aportes al valor, a la gestión y al sistema de control interno en el Área de Emergencia, así como la identificación de nuevos modos de gestión y de control.	
		TOTAL ATRIBUTO:
TOTAL DE SECCION (5.1 + 5.2 + 5.3 + 5.4) / 4		

PUNTAJE: A = 30 puntos
B = 60 puntos
C = 100 puntos

NIVEL DE ATENCION POR ATRIBUTO: 30 puntos = ATENCION MAXIMA
60 puntos = ATENCION MEDIA
100 puntos = ATENCION LEVE

ÍNDICE GENERAL POR SECCION: De 0 a 30 puntos = INCIPIENTE
De 31 a 60 puntos = COMPETENTE
De 61 a 100 puntos = EXPERTO

MODELO DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HPAS

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA CUESTIONARIO DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES, SE DEBERÁ LLENAR EL PRESENTE CUADRO DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

COLUMNA A: SE DEBE TRASLADAR LOS VALORES ASIGNADOS EN LOS CUESTIONARIOS A CADA UNO DE LOS ATRIBUTOS Y POR SECCION:

T= SECCION.- CORRESPONDE A LA SUMATORIA TOTAL DE CADA UNO DE LOS ATRIBUTOS POR SECCIONES.
T= 5 SECCIONES.- CORRESPONDE A LA SUMATORIA TOTAL DE LAS SECCIONES.

COLUMNA B: CORRESPONDE A LOS TRES POSIBLES ESTADOS DE MADUREZ O AVANCE DE CONTROL INTERNO EN BASE A LOS PUNTAJES OBJETIVOS:

De 0 a 30 puntos = INCIPIENTE
De 31 a 60 puntos = COMPETENTE
De 61 a 100 puntos = EXPERTO

COLUMNA C: CORRESPONDE AL NIVEL DE ATENCION QUE SE DEBE DAR AL CONTROL INTERNO EN CADA AREA DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO:

30 puntos = ATENCION MAXIMA
DE 31 A 60 puntos = ATENCION MEDIA
DE 61 A 100 puntos = ATENCION LEVE

RESUMEN:

ÍNDICE DE MADUREZ DEL SCI	0	SUMATORIA DE SECCIONES (1 + 2 + 3 + 4 + 5) / 5
Ambiente de control	0	SUMATORIA DE ATRIBUTOS (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4) / 4
Evaluación del Riesgo	0	SUMATORIA DE ATRIBUTOS (2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4) / 4
Actividades de control gerencial	0	SUMATORIA DE ATRIBUTOS (3.1 + 3.2 + 3.3 + 3.4) / 4
Sistemas de información	0	SUMATORIA DE ATRIBUTOS (4.1 + 4.2 + 4.3 + 4.4) / 4
Supervisión del SCI	0	SUMATORIA DE ATRIBUTOS (5.1 + 5.2 + 5.3 + 5.4) / 4

DETALLE DEL PUNTAJE OBTENIDO

	A	B	C		
	Puntaje	Estado de madurez	Nivel de madurez		
ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	T= 5 SECCIONES		ATENCIÓN MÁXIMA DE 30 PUNTOS	ATENCIÓN MEDIA DE 31 A 60 PUNTOS	ATENCIÓN LEVE DE 61 A 100 PUNTOS
Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL	T= SECCION				
1.1 - Compromiso		De 0 a 30 = INCIPIENTE			
1.2 - Ética		De 31 a 60 = COMPETENTE			
1.3 - Personal		De 31 a 60 = EXPERTO			
1.4 - Estructura					
Sección 2 — Evaluación del Riesgo	T= SECCION				
2.1 - Marco orientador		De 0 a 30 = INCIPIENTE			
2.2 - Herramienta para administración de la información		De 31 a 60 = COMPETENTE			
2.3 - Funcionamiento del SEVRI		De 31 a 60 = EXPERTO			
2.4 - Documentación y comunicación					
Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL	T= SECCION				
3.1 - Características de las actividades de control		De 0 a 30 = INCIPIENTE			
3.2 - Alcance de las actividades de control		De 31 a 60 = COMPETENTE			
3.3 - Formalidad de las actividades de control		De 31 a 60 = EXPERTO			
3.4 - Aplicación de las actividades de control					
Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN	T= SECCION				
4.1 - Alcance de los sistemas de información		De 0 a 30 = INCIPIENTE			
4.2 - Calidad de la información		De 31 a 60 = COMPETENTE			
4.3 - Calidad de la comunicación		De 31 a 60 = EXPERTO			
4.4 - Control de los sistemas de información					
Sección 5 — SUPERVISION DEL SCI	T= SECCION				
5.1 - Participantes en el seguimiento del SCI		De 0 a 30 = INCIPIENTE			
5.2 - Formalidad del seguimiento del SCI		De 31 a 60 = COMPETENTE			
5.3 - Alcance del seguimiento del SCI		De 31 a 60 = EXPERTO			
5.4 - Contribución del seguimiento a la mejora del sistema					

MODELO DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HPAS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

	A	B	C	D	E	F
Asunto	Puntaje obtenido	Grado de madurez	Atención requerida	Estado siguiente	Condiciones esperadas para alcanzar el estado siguiente	Definición de acciones concretas por parte de la Administración Activa
ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO						Acciones por realizar
Sección 1 — AMBIENTE DE CONTROL						
1.1 - Compromiso						
1.2 - Ética						
1.3 - Personal						
1.4 - Estructura						
Sección 2 — Evaluación del Riesgo						
2.1 - Marco orientador						
2.2 - Herramienta para administración de la información						
2.3 - Funcionamiento del SEVRI						
2.4 - Documentación y comunicación						
Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL						
3.1 - Características de las actividades de control						
3.2 - Alcance de las actividades de control						
3.3 - Formalidad de las actividades de control						
3.4 - Aplicación de las actividades de control						
Sección 4 — SISTEMAS DE INFORMACIÓN						
4.1 - Alcance de los sistemas de información						
4.2 - Calidad de la información						
4.3 - Calidad de la comunicación						
4.4 - Control de los sistemas de información						
Sección 5 — SUPERVISION DEL SCI						
5.1 - Participantes en el seguimiento del SCI						
5.2 - Formalidad del seguimiento del SCI						
5.3 - Alcance del seguimiento del SCI						
5.4 - Contribución del seguimiento a la mejora del SCI						

COLUMNA A: COLOCAR EL PUNTAJE OBTENIDO POR ATRIBUTO, SECCION Y TOTAL GENERAL.

COLUMNA B: CORRESPONDE AL NIVEL DE MADUREZ O EVOLUCION DE CONTROL INTERNO OBTENIDO DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS POR ATRIBUTO, SECCION Y SISTEMA EN GENERAL.

COLUMNA C: CORRESPONDE AL TIPO DE ATENCIÓN QUE REQUIEREN LOS ATRIBUTOS, SECCIONES Y EL SISTEMA EN GENERAL.

COLUMNA D: DE ACUERDO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS CORRESPONDE COLOCAR EN ESTA COLUMNA EL SIGUIENTE NIVEL DE EVOLUCION, CON EL FIN DE COMPROMETER A LOS FUNCIONARIOS A ALCANZAR EL SIGUIENTE NIVEL.

COLUMNA E: CORRESPONDE MENCIONAR LAS CONDICIONES QUE SE REQUIEREN PARA ALCANZAR EL SIGUIENTE NIVEL.

COLUMNA F: CORRESPONDE DEFINIR A LA GERENCIA Y AL LIDER DEL AREA LAS ACCIONES CONCRETAS QUE PERMITAN CORREGIR LAS FALENCIAS DETECTADAS.

MODELO DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HPAS

ENUNCIADOS POR COMPONENTE

Grado de madurez		Incipiente	Competente	Experto
Componente y atributo				
1	Ambiente de control			
1.1	<p>Compromiso El Gerente y los Líderes deben apoyar constantemente el sistema de control interno y demostrar su compromiso con el diseño, la implantación, el fortalecimiento y la evaluación del sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un limitado compromiso por parte de algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes) con respecto al control interno en el Área de Emergencia . - El control interno es entendido de diferentes maneras por el Gerente y los Líderes. - Las regulaciones sobre control interno son establecidas de manera aislada por los Líderes, en relación con los asuntos que consideran sensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Gerente y los Líderes demuestran, en su gestión diaria, su compromiso con el control interno. Esto incluye acciones concretas de apoyo al funcionamiento y fortalecimiento de la actividad de auditoría interna. - Los funcionarios de la institución tienen claridad sobre la importancia del control interno para la consecución de los objetivos en el Área de Emergencia. - El Gerente y los Líderes han definido a nivel en el Área de Emergencia y en cada unidad orgánica, las regulaciones para el funcionamiento sistemático del control interno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizan actividades para promover la generación e implementación de iniciativas innovadoras y proactivas en relación con el sistema de control interno en el Área de Emergencia . - Los funcionarios tienen una actitud proactiva respecto del mejoramiento constante del control interno, mediante aportes que agregan efectividad a dicho sistema y valor a la gestión en el Área de Emergencia . - Se cuenta con mecanismos que permiten la evaluación y el fortalecimiento constantes del sistema de control interno en el Área de Emergencia .
1.2	<p>Ética La ética en el desempeño en el Área de Emergencia como parte del ambiente de control, debe fortalecerse mediante la implantación y fortalecimiento de medidas, instrumentos y demás elementos en materia ética, lo cual debe integrarse en los sistemas de gestión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La ética es percibida por los funcionarios de la institución como un comportamiento correcto, de acuerdo con sus creencias y valores. - Los funcionarios de la institución reconocen la importancia de algunos valores en el Área de Emergencia. - La ética es considerada como una responsabilidad de las autoridades en el Área de Emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se están planificando y realizando actividades de divulgación para lograr un conocimiento generalizado de los factores formales de la ética vigentes en la organización. - Se han establecido y fortalecido los factores formales de la ética, a saber: declaración de visión, misión, valores, código de ética u otros similares; así también los referidos al clima organizacional, valores compartidos, creencias y otros factores que se dan de manera informal en la institución. - Se ha incorporado la ética en los sistemas de gestión de mayor impacto en el Área de Emergencia y con mayor riesgo de actos de corrupción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los funcionarios de la institución asumen con plena conciencia las responsabilidades éticas en todos sus ámbitos de acción. - El Gerente y los Líderes son líderes y ejemplo respecto a la ética en el Área de Emergencia . - Se han instaurado mecanismos que promueven el constante compromiso y fortalecimiento de la ética en el Área de Emergencia , así como la anticipación de condiciones que le afecten y la generación de iniciativas innovadoras.
1.3	<p>Personal El funcionamiento exitoso del sistema de control interno requiere que el personal de la institución reúna las competencias y los valores requeridos para el desempeño de los puestos y la operación de las actividades de control correspondientes a los diversos puestos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo una parte del personal posee los requisitos necesarios para el desempeño de las responsabilidades encomendadas. - La administración de recursos humanos se circunscribe a labores de contratación y remuneración del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de la institución cuenta con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto asignado. - El Gerente y los Líderes han asumido sus responsabilidades respecto de la administración de recursos humanos, con el apoyo técnico y profesional de la unidad orgánica a cargo de dicha labor. 	<ul style="list-style-type: none"> - La retención y motivación de los funcionarios de la institución muestran niveles que propician la conservación del capital humano y el logro de objetivos en el Área de Emergencia. - El Gerente y los Líderes, en conjunto con la unidad de apoyo a la administración de recursos humanos, promueven continuamente el mejoramiento constante de las competencias de todos los funcionarios, de acuerdo con los puestos de trabajo asignados.

sigue:

viene:

1.4	<p>Estructura La estructura orgánica debe propiciar el logro de los objetivos en el Área de Emergencia, y en consecuencia, apoyar el sistema de control interno, mediante la definición de la organización formal, sus relaciones jerárquicas, líneas de dependencia y coordinación; asimismo, debe ajustarse según lo requieran la dinámica en el Área de Emergencia, del entorno y de los riesgos relevantes.</p>	<p>- Existe conformidad con la estructura organizacional, pese a que en algunas ocasiones se advierte la necesidad de modificar algunas relaciones de coordinación, autoridad y responsabilidad en procura de una gestión en el Área de Emergencia más eficiente. - La estructura organizacional contempla medidas básicas de control que se expresan de manera limitada en la asignación de autoridad y responsabilidad y la separación de funciones incompatibles.</p>	<p>- El Gerente y los Líderes han instaurado procesos para procurar una estructura orgánica que sea adaptativa con base en las circunstancias, las necesidades y los objetivos de la institución, así como los riesgos que le plantea su entorno. - El Gerente y los Líderes han introducido ajustes en la estructura organizacional para armonizarla con los objetivos en el Área de Emergencia. Los funcionarios de la institución conocen oportunamente la información sobre ajustes en la estructura orgánica y participan en la implementación de los cambios definidos.</p>	<p>- Se evalúa constantemente la efectividad de la estructura como mecanismo para potenciar la gestión y responder efectivamente a los riesgos, y en consecuencia se realizan oportunamente los ajustes pertinentes. - Se han instaurado mecanismos para promover la generación e implementación de iniciativas innovadoras y proactivas en relación con la estructura orgánica.</p>
2 Evaluación del Riesgo				
2.1	<p>Marco orientador Debe establecerse un marco orientador para la Evaluación del Riesgo en el Área de Emergencia que comprenda la política de Evaluación del Riesgo, la estrategia del Sistema Específico de Evaluación del Riesgo en el Área de Emergencia y la normativa interna que regule este último. Las tres anteriores, deben ser aprobadas por el Gerente, divulgadas a toda la organización y aplicadas por todos los funcionarios.</p>	<p>- El riesgo es entendido de diferentes maneras por el Gerente, los Líderes y los demás funcionarios de la institución. - La conciencia sobre la importancia de llevar a cabo una Evaluación del Riesgo como medio para conducir las operaciones en el Área de Emergencia con eficacia, es apenas incipiente, y se pone de manifiesto sólo en algunas instancias. - La institución contempla las disposiciones del marco jurídico y técnico en materia de valoración de riesgo, pero no ha establecido sus propias regulaciones y políticas sobre el particular.</p>	<p>- El significado del concepto de riesgo es uniforme en toda la institución y ampliamente compartido. - La institución ha establecido metas específicas sobre los riesgos relevantes. Se determinan los resultados esperados de la Evaluación del Riesgo en tiempo y espacio, los recursos necesarios y sus responsables. - La política, la estrategia y la normativa de Evaluación del Riesgo, así como los parámetros de aceptabilidad de riesgos, han sido aprobados por el Gerente y divulgados a toda la institución.</p>	<p>- Se han instaurado procesos para la investigación constante sobre Evaluación del Riesgo y las metodologías correspondientes, y se promueve la generación de iniciativas innovadoras y su implementación. - La convicción sobre la importancia la valoración de los riesgos ha calado profundamente en el accionar en el Área de Emergencia, lo que ha generado una actitud proactiva e investigativa para la mejora constante de los esfuerzos sobre el particular. - La política, la estrategia y la normativa en el Área de Emergencia de valoración de riesgos se actualizan y se ajustan periódicamente conforme avanza el conocimiento sobre el tema y en procura del aprovechamiento de oportunidades de mejora de la gestión.</p>
2.2	<p>Herramienta para la administración de la información Debe establecerse una herramienta para la gestión y documentación de la información que utilizará y generará el Sistema Específico de Evaluación del Riesgo en el Área de Emergencia, la cual podrá ser de tipo manual, computarizada o una combinación de ambos.</p>	<p>Algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes) administran de manera aislada la información sobre los riesgos que analizan, utilizando los recursos informáticos disponibles en las unidades orgánicas correspondientes.</p>	<p>Se cuenta con una herramienta para la administración de la información sobre riesgos, cuyo alcance es congruente con el marco orientado de Evaluación del Riesgo.</p>	<p>La herramienta para la administración de la información provee oportunamente al Gerente y a los titulares subordinarios, alertas de nuevos riesgos o de cambios en los riesgos existentes.</p>
2.3	<p>Funcionamiento del Sistema Específico de Evaluación del Riesgo en el Área de Emergencia Deben ejecutarse actividades para la identificación, análisis, evaluación, administración y revisión de los riesgos por áreas, sectores, actividades o tareas, de conformidad con las particularidades de la institución.</p>	<p>- Algunas autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes) realizan una valoración intuitiva de algunos riesgos que afectan las actividades de las unidades orgánicas que dirigen. - Las autoridades en el Área de Emergencia tienen una noción intuitiva de cuáles son los riesgos más relevantes, y definen, en consecuencia con esa noción, los controles que deben aplicarse. - Las autoridades en el Área de Emergencia están atentas a la eficacia de los controles que han aplicado en relación con los riesgos que han determinado de manera intuitiva.</p>	<p>- El Gerente y los Líderes conocen los riesgos relevantes y las medidas que se han tomado para administrarlos. - Los parámetros de aceptabilidad de riesgos en el Área de Emergencia son aplicados para analizar y priorizar los riesgos con base en su nivel, dado por la combinación de su probabilidad de ocurrencia y la magnitud de su eventual impacto. - Los riesgos se revisan periódicamente con base en los parámetros de aceptabilidad de riesgos, a fin de determinar variaciones en su nivel, medido por la combinación de su probabilidad de ocurrencia y la magnitud de su eventual impacto.</p>	<p>- La valoración de riesgos está inmersa en las actividades diarias, y permite anticipar condiciones que podrían incidir en la consecución de los objetivos en el Área de Emergencia, así como emprender las acciones correspondientes. - Se cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos que propician un análisis constante de los riesgos, a fin de ajustar oportunamente las medidas de administración vigentes. - Constantemente y de manera sistemática se evalúa la información que suministra el Sistema Específico de Evaluación del Riesgo en el Área de Emergencia y se ajustan las medidas para la administración de riesgos.</p>

sigue:

viene:

2.4	<p>Documentación y comunicación Deben establecer actividades permanentes del proceso de Evaluación del Riesgo referidas a la documentación y comunicación, que consisten en el registro y la sistematización de información asociada con los riesgos, así como la preparación, distribución y actualización de información sobre los riesgos.</p>	<p>- La información sobre riesgos consta únicamente en la documentación elaborada por algunos Líderes acerca de los análisis que han efectuado en relación con las situaciones que afectan las labores de la unidad orgánica que dirigen. - La documentación de los riesgos se efectúa sin haber definido los elementos mínimos que debe contemplar. - La documentación de los riesgos es mantenida por las autoridades en el Área de Emergencia, y sólo eventualmente se comparte con otras instancias.</p>	<p>- Se documentan los elementos mínimos sobre los riesgos (probabilidad y consecuencia de materialización de los riesgos, nivel de riesgos y medidas de administración), y dicha documentación está disponible para los funcionarios de la institución. - La institución ha establecido y aplica de manera sistemática, mecanismos de documentación y comunicación sobre riesgos. - Se han definido los usos de la información que genera la revisión de riesgos.</p>	<p>- Se cuenta con mecanismos, políticas y procedimientos que garantizan razonablemente la revisión y actualización permanente de la información sobre los riesgos en el Área de Emergencia, la cual se evalúa y se ajusta de acuerdo con los requerimientos del entorno. - Se han instaurado procesos para la documentación de riesgos, que promuevan la generación de iniciativas innovadoras. - Se han instaurado procesos para la comunicación de riesgos, que promuevan la generación de iniciativas innovadoras.</p>
<p>3 Actividades de control Gerencial</p>				
3.1	<p>Características de las actividades de control Las actividades de control deben reunir las siguientes características: a) Integración a la gestión b) Respuesta a riesgos c) Contribución al logro de los objetivos a un costo razonable (costo-beneficio) d) Viabilidad técnica y jurídica e) Documentación en manuales de procedimientos, descripciones de puestos u otros documentos similares f) Divulgación entre los funcionarios que deben aplicar las actividades de control en el desempeño de sus cargos</p>	<p>Las actividades de control se han establecido con base en prácticas tradicionales, y sólo en algunos casos se considera su costo.</p>	<p>Las actividades de control reúnen las características requeridas, a saber: integración a la gestión, respuesta a riesgos, costo-beneficio, viabilidad, documentación y divulgación.</p>	<p>Se han instaurado mecanismos para la investigación e innovación de temas atinentes a las actividades de control propias de la institución, lo que permite que éstas se ajusten de manera dinámica oportuna, conforme cambian los riesgos en el Área de Emergencia.</p>
3.2	<p>Alcance de las actividades de control Las actividades de control deben cubrir todos los ámbitos de la gestión en el Área de Emergencia y contribuir al logro de los objetivos del sistema de control interno.</p>	<p>Las actividades de control vigentes en la institución se orientan a la protección de algunos activos y a la prevención de fraude.</p>	<p>Se cuenta con actividades de control referidas al mantenimiento y la verificación de documentación y registros sobre la gestión en el Área de Emergencia .</p>	<p>Se aplican mecanismos para la búsqueda de medios innovadores para garantizar el cumplimiento de los objetivos, los cuales se traducen en actividades de control analizadas y documentadas.</p>
3.3	<p>Formalidad de las actividades de control Los requisitos de las actividades de control incluyen su documentación y comunicación, para lo cual se tiene como condición previa que sean oficializadas mediante su aprobación por las autoridades en el Área de Emergencia.</p>	<p>- Sólo algunas actividades de control están documentadas en breves descripciones de funciones y puestos; otras se han dispuesto mediante instrucciones a funcionarios específicos. - La documentación de las actividades de control es mantenida por los jefes de cada unidad, y sólo se dan a conocer a los funcionarios que deben aplicarlas.</p>	<p>- La preparación, actualización y difusión de la documentación relativa a las actividades de control es una práctica normal y debidamente regulada en la institución. - Las actividades de control son de conocimiento de los funcionarios de la institución, y su documentación se mantiene disponible para su consulta por los funcionarios de la institución que deseen consultarla.</p>	<p>- La documentación de las actividades de control se depura y actualiza constantemente, con la participación activa de los funcionarios atinentes, bajo el liderazgo de las autoridades en el Área de Emergencia (Gerente y Líderes). - Existe plena conciencia sobre la importancia de que los funcionarios conozcan las actividades de control y su documentación, para que puedan hacer aportes de valor para su fortalecimiento constante. Por ello, constantemente se aplican métodos innovadores en procura de que el proceso de documentación y comunicación de las actividades de control sea participativo y generalizado.</p>

sigue:

viene:

3.4	<p>Aplicación de las actividades de control Las actividades de control deben estar integradas a los procesos en el Área de Emergencia, y su aplicación convertirse en una práctica normal, casi cultural, por parte de los funcionarios de la institución.</p>	<p>- Se aplican solo algunas actividades de control obligatorias para proseguir con algún trámite específico. - Los supervisores o jefes son los encargados de asegurarse de que se cumplan las actividades de control vigentes, lo que realizan periódicamente.</p>	<p>- Las actividades de control se han integrado a los procesos en el Área de Emergencia. - Los funcionarios responsables de ejecutar las actividades de control están atentos a su efectividad y comunican sus recomendaciones a los Líderes correspondientes.</p>	<p>- Las actividades de control como parte de los procesos en el Área de Emergencia, incorporan elementos que permiten la innovación y su mejora continua. - La cultura vigente es tal que propicia un autocontrol a la vez consciente y automático, que garantiza razonablemente la seguridad de que se contemple en los procesos la suficiencia y la validez de las actividades de control vigentes, así como que se emprendan las acciones pertinentes para su fortalecimiento.</p>
4 Sistemas de información				
4.1	<p>Alcance de los sistemas de información Los sistemas de información deben asegurar razonablemente la recopilación, el procesamiento y el mantenimiento de información sobre el entorno, la institución y su desempeño, así como la comunicación de esa información a las instancias internas y externas que la requieran.</p>	<p>- Se recopila, procesa y comunica información para cumplir con algunos requerimientos específicos que se presentan a la institución. - Algunos Líderes han realizado esfuerzos aislados para el procesamiento, generación y comunicación de información relativa a las actividades a su cargo.</p>	<p>- El diseño y el desarrollo de los sistemas de información en la organización se fundamentan en una estrategia formal debidamente armonizada con los objetivos en el Área de Emergencia. - Los sistemas de información cubren, de manera integrada, la mayor parte de las actividades que se realizan en la institución. Como parte de ellos, el archivo en el Área de Emergencia funciona de manera técnica y profesional.</p>	<p>- Los sistemas de información permiten una gestión de la información externa e interna con un nivel óptimo de seguridad en cuanto a su calidad y oportunidad, como medio para la toma de decisiones por todos los usuarios. - Los sistemas de información incorporan los mecanismos y previsiones necesarias para la incorporación de iniciativas innovadoras y proactivas.</p>
4.2	<p>Calidad de la información Los sistemas de información deben recopilar, procesar y generar información que responda a la necesidad de los diversos usuarios, con un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo, y teniendo en cuenta los atributos de confiabilidad, oportunidad y utilidad que esa información debe reunir.</p>	<p>Algunos sistemas de información generan la información necesaria para la atención de ciertos requerimientos específicos.</p>	<p>Los sistemas de información generan la información requerida para el cumplimiento de los objetivos en el Área de Emergencia. La información generada por los sistemas reúne los atributos de confiabilidad, oportunidad y utilidad.</p>	<p>Los sistemas de información se basan en procesos que consideran la dinámica del entorno y la anticipación e innovación necesarias para la consecución de los fines en el Área de Emergencia.</p>
4.3	<p>Calidad de la comunicación La información debe comunicarse a las instancias pertinentes, en forma y tiempo propicios, con un enfoque de efectividad y mejoramiento continuo, y utilizando canales y medios que garanticen razonablemente su oportunidad y seguridad.</p>	<p>Se han definido algunos canales de comunicación para enviar la información requerida por las instancias internas únicamente.</p>	<p>La información se comunica oportunamente a las instancias pertinentes. Al respecto, se cuenta con regulaciones precisas sobre la comunicación de información confidencial.</p>	<p>La comunicación de la información se realiza a las instancias competentes, de manera ágil, oportuna y correcta, y permite a la institución desarrollar métodos novedosos de gestión, organización y rendición de cuentas.</p>
4.4	<p>Control de los sistemas de información Deben establecerse, aplicarse y perfeccionarse los controles pertinentes para que los sistemas de información garanticen razonablemente la calidad de la información y de la comunicación, la seguridad y una clara asignación de responsabilidades y administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles, así como la garantía de confidencialidad de la información que ostente ese carácter.</p>	<p>Se cuenta con algunos controles en el proceso de generación de la información, definidos mediante esfuerzos aislados por parte de algunos Líderes.</p>	<p>Los sistemas de información conllevan la definición de controles desde su diseño hasta su operación. Ello garantiza que posean los mecanismos de control apropiados para la generación de información confiable, oportuna y útil.</p>	<p>Los sistemas de información cuentan con los controles necesarios para disminuir los riesgos de pérdida de información y de fallas en la recopilación, el procesamiento, el mantenimiento y la comunicación de información son mínimos. Además, la institución cuenta con mecanismos que propician la respuesta y anticipación oportunas, a las condiciones cambiantes del entorno que afectan dichos sistemas.</p>

sigue:

viene:

5 Supervisión del SCI				
5.1	<p>Participantes en el seguimiento del sistema de control interno El liderazgo por el seguimiento del sistema de control interno debe ser asumido por el Gerente y compartido con los Líderes. Por su parte, los funcionarios tienen una participación activa en las labores de seguimiento continuo y periódico.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno es responsabilidad de una o varias unidades particulares.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno es asumido por el Gerente, los Líderes y los funcionarios, cada quien en el ámbito de sus competencias.</p>	<p>El Gerente y los Líderes han asumido un liderazgo compartido respecto del seguimiento del sistema de control interno; y han instaurado los mecanismos necesarios para la innovación y mejora continua del sistema.</p>
5.2	<p>Formalidad del seguimiento del sistema de control interno El seguimiento del sistema de control interno debe observar un proceso estructurado debidamente oficializado mediante las disposiciones administrativas pertinentes, en relación con el alcance, la periodicidad, las responsabilidades, los mecanismos y las herramientas correspondientes.</p>	<p>Para unidades organizacionales específicas, existen disposiciones sobre el seguimiento que deben ejercer sobre el control interno aplicable a algunas de las actividades que realizan.</p>	<p>El Gerente y los Líderes han instaurado regulaciones formales sobre el seguimiento del sistema de control interno, requiriendo que éste se realice vigilando la eficacia de las actividades de control en las operaciones diarias y que se lleve a cabo una autoevaluación anual del sistema de control interno y se elabore un plan de mejoras.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno es un proceso estructurado que incorpora revisiones de diversos tipos y herramientas flexibles. Los esfuerzos realizados en torno a este componente del control interno han contribuido a que se convierta en parte de la cultura en el Área de Emergencia .</p>
5.3	<p>Alcance del seguimiento del sistema de control interno El seguimiento del sistema de control interno debe abarcar el funcionamiento, la suficiencia y la validez del sistema, su contribución al desempeño en el Área de Emergencia y al logro de los objetivos, y el grado en que los componentes funcionales se han establecido e integrado en el accionar en el Área de Emergencia . Asimismo, debe comprender actividades permanentes y periódicas, y la implantación de las mejoras que se determinen.</p>	<p>Existen labores aisladas de seguimiento del sistema de control interno con un alcance limitado a algunos controles específicos, los cuales se ponen de manifiesto mediante la vigilancia que, de manera rutinaria, ejercen los titulares sobre el cumplimiento de algunas actividades.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno y sus mecanismos se han integrado a las actividades en el Área de Emergencia, y en lo procedente se han incorporado en la documentación de los puestos y procesos. En ese sentido, los funcionarios aplican las actividades de seguimiento que les corresponden, y en esos esfuerzos son supervisados por los Líderes, quienes a su vez realizan un seguimiento general sobre el Área de Emergencia, con la orientación del Gerente.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno se realiza con un enfoque estratégico, y cubre el control de las actividades cotidianas, revisiones puntuales y el monitoreo de las mejoras acordadas</p>
5.4	<p>Contribución del seguimiento del sistema de control interno a la mejora del sistema Como resultado del seguimiento del sistema de control interno, deben determinarse las mejoras que procedan, las cuales se calendarizan en un plan de implementación que, a su vez, será objeto de verificación en términos de su aplicación conforme a lo planeado y de la efectividad de las medidas adoptadas para fortalecer el sistema de control interno.</p>	<p>La contribución del seguimiento a la mejora del sistema de control interno es mínima.</p>	<p>El seguimiento del sistema de control interno constituye una herramienta que permite la valoración y mejora de dicho sistema y de su contribución a la gestión en el Área de Emergencia .</p>	<p>El proceso de seguimiento se mejora constantemente, con lo que se incrementan sus aportes al valor, a la gestión y al sistema de control interno en el Área de Emergencia, así como la identificación de nuevos modos de gestión y de control.</p>

6.10. PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

El presupuesto propuesto para el diseño, implantación y evaluación del Sistema de Control Interno, el mismo que deberá ser considerado en el Plan Operativo Anual y en los presupuestos Institucionales se presenta a continuación:

PRESUPUESTO PARA LA CREACION DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

CONCEPTO	No. DE ACTIVIDADES	No. DE PERSONAS	CANTIDAD PERSONAS o UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSO HUMANO					
CREACION DEL COMITÉ (REFRIGERIO)	2	8	16	\$ 3,00	\$ 48,00
CHARLAS DE SENSIBILIZACION (REFRIGERIO)	4	10	40	\$ 3,00	\$ 120,00
DISEÑO DE LA PROPUESTA (REFRIGERIO)	4	5	20	\$ 3,00	\$ 60,00
IMPLANTACION DE LA PROPUESTA (REF)	8	5	40	\$ 3,00	\$ 120,00
EVALUACION DE LA PROPUESTA (REF)	6	5	30	\$ 3,00	\$ 90,00
TOTAL RECURSO HUMANO					\$ 438,00
UTILES DE OFICINA					
IMPRESIONES A COLOR			200	\$ 0,50	\$ 100,00
IMPRESIONES BLANCO Y NEGRO			200	\$ 0,03	\$ 6,00
ESFEROS			60	\$ 0,25	\$ 15,00
CARPETAS			60	\$ 0,45	\$ 27,00
SEPARADORES			50	\$ 1,50	\$ 75,00
COPIAS (ENCUESTAS)			400	\$ 0,03	\$ 12,00
LAPICES			40	\$ 0,25	\$ 10,00
RESALTADORES			12	\$ 0,80	\$ 9,60
BORRADORES			24	\$ 0,20	\$ 4,80
PERFORADORA			4	\$ 8,00	\$ 32,00
ENGRAPADORA			4	\$ 6,00	\$ 24,00
CARPETAS BENE			12	\$ 4,00	\$ 48,00
MARCADORES			24	\$ 0,80	\$ 19,20
PIZARRA TINTA LIQUIDA			2	\$ 200,00	\$ 400,00
INFOCUS			1	\$ 700,00	\$ 700,00
COPUTADORA			2	\$ 950,00	\$ 1.900,00
TOTAL UTILES DE OFICINA					\$ 3.382,60
TOTAL PRESUPUESTADO					\$ 3.820,60

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

1. La falta de un Sistema de Control Interno como política institucional, no permite tener claramente definidos cada uno de los procesos y actividades que debe cumplir cada uno de los funcionarios del Área de Emergencia del HPAS.
2. No existe cultura de control interno en el personal que labora en el Área de Emergencia del HPAS; el personal únicamente se limita a cumplir con las actividades que cree tiene bajo su responsabilidad; esto se debe a que las funciones del personal no están claramente definidas ni delimitadas.
3. A pesar de que en el Área de Emergencia del HPAS, se maneja una gran cantidad de insumos médicos, medicinas, suministros varios y equipos especializados, el personal no ha recibido capacitación alguna sobre las Normas de Control Interno, lo que conlleva fácilmente al desabastecimiento, pérdida y hasta mal uso de los limitados recursos con que cuenta el servicio.
4. El no aprovechamiento del sistema informático de existencias, la falta de espacio físico adecuado para la conservación de los insumos médicos y la falta de compromiso para la optimización de estos recursos por parte de todo el personal del Área de Emergencia del HPAS, son aspectos que deben ser

considerados en cada uno de los Planes Institucionales (PLAN ESTRATEGICO, POA, POPA).

7.2. RECOMENDACIONES:

1. Se debe considerar al Sistema de Control Interno, como una política más dentro de la Institución, para lo cual el Gerente del Hospital como máxima autoridad de la entidad, deberá disponer a la unidad correspondiente su inclusión dentro del Plan Estratégico 2015 – 2018, en el Plan Operativo Anual y en el Plan Operativo Plurianual.
2. Los funcionarios que se encuentren a cargo de la Implementación del Sistema de Control Interno, en base a un cronograma previamente establecido y aprobado por la máxima autoridad o su delegado, deberán realizar charlas permanentes sobre la implementación, avance y grado de cumplimiento del SCI; de igual forma deberán estar pendientes de que las acciones correctivas que se propongan en la evaluaciones sean cumplidas en los tiempos propuestos y los respóndales designados para el efecto.
3. Dentro del Plan Anual de capacitación Institucional, se debe considerar la capacitación a todo el personal del Área de Emergencia en todo lo concerniente a las Normas de Control Interno y todas las disposiciones legales que regulen el Sistema de Control Interno dentro de la Institución. Es primordial que los Líderes del servicio estén atentos a que la capacitación sea

retroalimentada y aplicada en el cumplimiento de las funciones y actividades de cada uno de los funcionarios.

4. La máxima autoridad deberá disponer el aprovechamiento del Sistema informático OLYMPO V5 con el que cuenta la Institución, ya que este sistema informático cuenta con el modulo de control de inventarios, y este módulo permite manejar diferentes Bodegas y Unidades de consumo conectadas una misma base de datos.

7.3. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- BRAVO VALDIVIEZO, M. (2002). *CONTABILIDAD GENERAL*. QUITO: NUEVO DÍA.
- C.G.E.E. (2001). *MANUAL DE AUDITORIA DE GESTION*. QUITO.
- CATACORA, F. (1997). *SISTEMAS Y PROCEDIMIENTOS CONTABLES*. VENEZUELA: MC GRAW HILL.
- CONTRALORIA GENRAL DEL ESTADO, E. (2009). *NORMAS DE CONTROL INTERNO*. QUITO.
- Fernamdez, M. A. (2003). *El Cpontrrol, fundamentos de la Gestión por Procesos*.
- FUENTES MEDINA, A. A. (2012). *SISTEMA EMPRESARIAL PROSPECTIVO*. LULU.COM.
- HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ, P. A. (2008-2013). *PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL*. QUITO.
- LUNA, O. F. (2007). *AUDITORIA GUBERNAMENTAL MODERNA*. LIMA: INSTITUTO DE INVESTIGACION EN ACCOUNTABILITY Y CONTROL.
- Lybrand, C. &. (1997). *LOS NUEVOS CONCEPTOS DEL CONTROL INTERNO*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- MALAGÓN LONDOÑO - GALÁN MORERA - PONTÓN LAVERDE, G. R. (2008). *ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA*. BOGOTA: EDITORIAL MEDICA INTERNACIONAL.
- MIGUEZ PEREZ Y BASTOS BOUBETA, M. A. (2006). *INTRODUCCION A LA GESTION DE STOCKS*. VIGO: IDEASPROPIAS.
- REY POMBO, J. (2011). *CONTABILIDAD GENERAL*. MADRID: EDICIONES PARANINFO, SA.
- VELA PASTOR, M. (1996). *MANUAL DE CONTABILIDAD*. BARCELONA: ARIEL.
- VIDALES RUBÍ, L. (2003). *GLOSARIO DE TERMINOS FINANCIEROS*. MEXICALI, BAJA CALIFORNIA: PAZA Y VALDÉZ S.A.
- ZAPATA, P. (2003). *CONTABILIDAD GENERAL*. BOGOTÁ: ENMA ARIZA H.

7.4. ANEXOS

ANEXO 1 TABULACIÓN DE ENCUESTA POR NÚMERO DE EMPLEADOS

No.	Preguntas	RESPUESTA			TOTAL
		SI	DESCONO CE	NO	
1	¿El Area de Emergencia cuenta con todos los insumos necesarios para la atención a los pacientes.?	2,0	5,0	33,0	40,0
2	¿Existe en el Area de Emergencia una bodega que cuente con todas las características necesarias para el almacenamiento de insumos medicos?	0,0	2,0	38,0	40,0
3	¿Los insumos medicos se encuentran debidamente organizados, codificados e identificados permitiendo su fácil identificación, ubicación y acceso?	8,0	2,0	30,0	40,0
4	¿Se efectúan constataciones físicas periódicas (cada día) de los saldos existentes en el Servicio?	5,0	8,0	27,0	40,0
5	¿El Area de Emergencia tiene designada alguna persona responsable del control, despacho y uso de insumos medicos?	8,0	6,0	26,0	40,0
6	¿ Cuando se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, se debe llenar algun documento de descargo de existencias ?	2,0	8,0	30,0	40,0
7	¿Entre los cambios de turnos se hace la entrega recepcion de todos los inusmos medicos existentes en el Area, entre el servidor que sale y el servidor entrante al turno.?	3,0	1,0	36,0	40,0
8	¿Se cuenta con un instrumento de control en el cual se registra y se controla cada una de las entradas y salidas de insumos medicos, el cual permita conocer el saldo real de las existencias?	5,0	4,0	31,0	40,0
9	¿Existen normas escritas y actualizadas que indique la forma que deben ser controlados y manipulados los insumos médicos?	0,0	5,0	35,0	40,0
10	¿Cuándo el Area de Emergencia no cuenta con insumos medicos, estos nunca tiene que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos?	5,0	0,0	35,0	40,0
11	¿Las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos medicos dentro del Area de emergencia, son de facil acceso ante cualquier emergencia?	8,0	2,0	30,0	40,0
12	¿Se cuenta con información computarizada del stock de insmums médicos con los que cuenta el Area de Emergencia?	0,0	2,0	38,0	40,0
TOTAL :		46,0	45,0	389,0	480,0

ANEXO 2.- TABULACIÓN DE ENCUESTA POR PORCENTAJE

No.	Preguntas	RESPUESTA			TOTAL
		SI	DESCONO CE	NO	
1	¿El Area de Emergencia cuenta con todos los insumos necesarios para la atención a los pacientes.?	5,00%	12,50%	82,50%	100,00%
2	¿Existe en el Area de Emergencia una bodega que cuente con todas las características necesarias para el almacenamiento de insumos medicos?	0,00%	5,00%	95,00%	100,00%
3	¿Los insumos medicos se encuentran debidamente organizados, codificados e identificados permitiendo su fácil identificación, ubicación y acceso?	20,00%	5,00%	75,00%	100,00%
4	¿Se efectúan constataciones físicas periodicas (cada dia) de los saldos existentes en el Servicio?	12,50%	20,00%	67,50%	100,00%
5	¿El Area de Emergencia tiene designada alguna persona responsable del control, despacho y uso de insumos medicos?	20,00%	15,00%	65,00%	100,00%
6	¿ Cuando se requieren insumos médicos para el uso en los pacientes, se debe llenar algun documento de descargo de existencias ?	5,00%	20,00%	75,00%	100,00%
7	¿Entre los cambios de turnos se hace la entrega recepcion de todos los insumos medicos existentes en el Area, entre el servidor que sale y el servidor entrante al turno.?	7,50%	2,50%	90,00%	100,00%
8	¿Se cuenta con un instrumento de control en el cual se registra y se controla cada una de las entradas y salidas de insumos medicos, el cual permita conocer el saldo real de las existencias?	12,50%	10,00%	77,50%	100,00%
9	¿Existen normas escritas y actualizadas que indique la forma que deben ser controlados y manipulados los insumos médicos?	0,00%	12,50%	87,50%	100,00%
10	¿Cuándo el Area de Emergencia no cuenta con insumos medicos, estos nunca tiene que ser adquiridos por los pacientes para poder ser atendidos?	12,50%	0,00%	87,50%	100,00%
11	¿Las vitrinas donde se mantienen almacenados los insumos medicos dentro del Area de emergencia, son de facil acceso ante cualquier emergencia?	20,00%	5,00%	75,00%	100,00%
12	¿Se cuenta con información computarizada del stock de insumos médicos con los que cuenta el Area de Emergencia?	0,00%	5,00%	95,00%	100,00%
TOTAL :		9,58%	9,38%	81,04%	100,00%

