UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

INGENIERÍA COMERCIAL CON MENCIÓN EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

"MODELO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO; CASO CENTRO DE SALUD No. 3 LA TOLA- VICENTINA"

AUTOR
KATHERINE LÓPEZ

DIRECTOR
ECO. ALBERTO LÓPEZ, MBA

QUITO, AGOSTO DE 2010

Dedicatoria

A mis padres y hermano mis principales pilares para mi formación como ser humano, ya que con: sacrificio, amor, dedicación, orientación y comprensión hicieron posible alcanzar todas mis metas personales y profesionales, anhelos y sueños.

Agradecimiento

A mis padres, familiares, amigos, amigas, profesores, compañeros, en especial a mi tutor Eco. Alberto López y lectora Ing. Patricia Suárez; que sin su incansable apoyo y paciencia hicieron realidad que mi persona llegara a este día muy importante, mi incorporación.

Al Dr. Bayardo Naranjo, amigos y compañeros del Área de Salud No. 3 La Tola- Vicentina, quienes contribuyeron con aportaciones valiosas y toleraron con humor la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

PAG

RESUMEN EJECUTIVO ____ I
CAPÍTULO I ____ 1
1.- GENERALIDADES DEL ÁREA DE SALUD NO. 3 ____ 1
1.1.- ANTECEDENTES ____ 1
1.1.2.- OBJETIVOS ____ 6
1.1.3.- LICENCIA DEL ÁREA DE SALUD NO. 3 ____ 7
1.1.4.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE ____ 8
1.2.- ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN ____ 10
1.2.1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL A DICIEMBRE DE 2007 ____ 13
1.2.2.- ANÁLISIS MACRO ____ 16
1.2.2.1.- Principales problemas en el sector salud ____ 16
1.2.3.- ANÁLISIS MICRO ____ 17
1.2.4.- ANÁLISIS F.O.D.A ____ 18
1.2.4.1.- Análisis interno 2009 ____ 19
1.2.4.2.- Análisis del contexto 2009 ____ 19
1.2.5.- ANÁLISIS DEL POA ____ 21
1.2.6.- PROGRAMACIÓN INDICATIVA ANUAL (PIA) ____ 24
1.2.7.- SUSTENTO LEGAL DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA ____ 25
1.2.8.- PROBLEMAS DEL ÁREA DE SALUD NO. 3 ____ 27
1.2.8.1.- Problemas administrativos ____ 28
1.2.8.2.- Problemas financieros ____ 28
1.3.- SISTEMA DE CONTROL INTERNO ____ 28
CAPÍTULO II ____ 29
2.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 29
2.1.- GENERALIDADES ____ 29
2.1.1- ROL DEL ESTADO ____ 30
2.1.2.- CONTROL DE GESTIÓN ____ 31
2.2.- FUNDAMENTOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO ____ 38
2.3.- PROPÓSITOS, OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 42
2.3.1.- PROPÓSITOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 42
2.3.2.- OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 43
2.3.3.- ALCANCE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO ____ 43
2.4.- ENFOQUE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 44
2.5.- HERRAMIENTAS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 47
2.5.1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ____ 47
2.5.2.- CONTROL INTERNO ____ 47
2.5.3.- RIESGOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 58
2.5.4.- EVALUACIÓN DEL RIESGO DE AUDITORÍA ____ 61
2.5.5.- MUESTREO EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN ____ 62
2.5.6.- TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS ____ 66
2.5.7.- PAPELES DE TRABAJO ____ 67
2.6.- INDICADORES DE GESTIÓN ____ 72
2.6.1.- QUÉ SON INDICADORES ____ 72
2.6.2.- CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR ____ 72
2.6.3.- FORMULACIÓN DE LOS INDICADORES ____ 73
2.6.3.1.- Niveles de aplicación ____ 73
2.6.3.2.- Dimensiones a evaluar por medio de indicadores ____ 74

2.6.4.- INDICADORES DE GESTIÓN UNIVERSALMENTE UTILIZADOS 75
2.6.5.- CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES PARA EL SECTOR PÚBLICO 79
2.6.6.- USO DE INDICADORES EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN 80
CAPÍTULO III 82
3.- METODOLOGÍA DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN 82
3.1.- ESQUEMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN 82
3.2.- FASES DEL PROCESO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN 83
3.2.1.- FASE I CONOCIMIENTO PRELIMINAR 83
3.2.2.- FASE II PLANIFICACIÓN 89
3.2.3.- FASE III EJECUCIÓN 96
3.2.4.- FASE IV COMUNICACIÓN DE RESULTADOS 99
CAPÍTULO IV 100
4.- PROPUESTA DE UN MODELO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD NO. 3 LA TOLA-VICENTINA 100
4.1.- FASE I CONOCIMIENTO PRELIMINAR 100
4.1.1.- OBJETIVO DE LA FASE DE CONOCIMIENTO PRELIMINAR 100
4.1.2.- CONOCIMIENTO DEL ENTE ESTUDIADO 101
4.1.3.- SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE SALUD (PROPUESTO) 112
4.1.3.1.- Ambiente de control interno 112
4.1.3.2.- Cultura de dialogo e información 112
4.1.3.3.- Sistema contable 112
4.1.4.- ARCHIVO PERMANENTE 113
4.1.5.- EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO 114
4.1.6.- EVALUACIÓN DE RIESGO 118
4.1.7.- PLAN GLOBAL DE AUDITORÍA 122
4.2.- FASE II PLANIFICACIÓN 123
4.2.1.- OBJETIVO DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN 123
4.2.2.- INDICADORES DE GESTIÓN 123
4.2.3.- COMPONENTE A SER ESTUDIADO 125
4.2.4.- EVALUACIÓN DE RIESGO (DETERMINACIÓN DEL RIESGO) 125
4.2.5.- MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN 128
4.2.6.- CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO 130
4.2.7.- ELABORACIÓN DE MODELO DE PROGRAMA DE AUDITORÍA PLAN ESTRATÉGICO Y POA 131
4.2.8.- ELABORACIÓN DE MODELOS DE PROGRAMAS DE AUDITORÍA 132
4.3. – FASE III EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN 136
4.3.1.- OBJETIVOS DE LA FASE 136
4.3.2.- ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO 137
4.3.3.- EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE AUDITORÍA 145
4.3.4.- FLUJOGRAMA PROPUESTO PARA EL PROCESO FINANCIERO DEL CENTRO DE SALUD NO: 3. 175
4.3.5.- MODELO DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA 180
4.3.6.- MODELO DE INDICADORES DE GESTIÓN (PROPUESTOS) PARA EL ÁREA DE SALUD NO. 3 191
4.3.7.- PARÁMETROS PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES PARA EL ÁREA DE SALUD NO. 3. 197
4.4.- FASE IV.- COMUNICACIÓN DE RESULTADOS 198
4.4.1.- INTRODUCCIÓN 198
4.4.2.- OBJETIVOS DE LA FASE 199
4.4.3.- MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA 199
CAPÍTULO V 215
5.1.- CONCLUSIONES 215
5.2.- RECOMENDACIÓN 216

BIBLIOGRAFÍA 218
TABULACIÓN C.I. PROCESO FINANCIERO 221
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE TESORERÍA 227
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE PRESUPUESTOS-GESTIÓN FINANCIERA 229
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE CONTABILIDAD 231
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE RECAUDACIÓN 234
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE PERSONAL Y NOMINA 238
TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE INVENTARIOS 238
ANEXOS 242
ANEXO NO. 1 POA ÁREA DE SALUD 242
ANEXO NO. 2 POA FINANCIERO 245
ANEXO NO. 3 FUNCIONARIOS PRINCIPALES DEL ÁREA DE SALUD NO. 3 246
ANEXO NO. 4 F.O.D.A. ÁREA DE SALUD NO. 3 247
ANEXO NO.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 251
ANEXO NO. 6 GLOSARIO DE TERMINOS 251
ANEXO NO. 7 GLOSARIO DE SIGLAS 255

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO. 1 8
TABLA NO. 2 11
TABLA NO. 3 12
TABLA NO. 4 50
TABLA NO. 5 102
TABLA NO. 6 103
TABLA NO. 7 110
TABLA NO. 8 110
TABLA NO. 9 110
TABLA NO.10 110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO NO. 1 7
GRÁFICO NO. 2 10
GRÁFICO NO. 3 16
GRÁFICO NO. 4 17
GRÁFICO NO. 5 26
GRÁFICO NO. 6 33
GRÁFICO NO.7 34
GRÁFICO NO.8 35
GRÁFICO NO. 9 37
GRÁFICO NO. 10 104
GRÁFICO NO. 11 104
GRÁFICO NO. 12 105
GRÁFICO NO.13 106
GRÁFICO NO.14 106

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO NO. 1 8
CUADRO NO. 2 8
CUADRO NO. 3 11
CUADRO NO. 4 11
CUADRO NO. 5 110
CUADRO NO. 6 110
CUADRO NO. 7 110

CUADRO NO. 8 110

CUADRO NO.9 111
CUADRO NO. 10 111
CUADRO NO. 11 111
CUADRO NO. 12 111

ÍNDICE DE CUADROS DE CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

CUADRO NO. 1 221
CUADRO NO. 2 221
CUADRO NO. 3 221
CUADRO NO. 4 221
CUADRO NO. 5 221
CUADRO NO. 6 222
CUADRO NO. 8 222
CUADRO NO. 9 222
CUADRO NO. 10 222
CUADRO NO. 12 223
CUADRO NO. 13 223
CUADRO NO. 14 223
CUADRO NO. 15 223
CUADRO NO. 16 224
CUADRO NO. 17 224
CUADRO NO. 18 224
CUADRO NO. 19 224
CUADRO NO. 20 224
CUADRO NO. 21 224
CUADRO NO. 24 225
CUADRO NO. 25 225
CUADRO NO. 27 225
CUADRO NO. 28 226
CUADRO NO. 31 226
CUADRO NO. 32 226
CUADRO NO. 33 226
CUADRO NO. 34 227
CUADRO NO. 35 227
CUADRO NO. 37 227
CUADRO NO. 38 227
CUADRO NO. 39 228
CUADRO NO. 40 228
CUADRO NO. 41 228
CUADRO NO. 42 228
CUADRO NO. 44 228
CUADRO NO. 45 229
CUADRO NO. 46 229
CUADRO NO. 47 229
CUADRO NO. 48 229
CUADRO NO. 51 230
CUADRO NO. 53 230
CUADRO NO. 57 231
CUADRO NO. 58 231
CUADRO NO. 59 231

CUADRO NO. 60 _____ 231
CUADRO NO. 61 _____ 231
CUADRO NO. 62 _____ 232
CUADRO NO. 63 _____ 232
CUADRO NO. 64 _____ 232
CUADRO NO. 65 _____ 232
CUADRO NO. 66 _____ 232
CUADRO NO. 67 _____ 232
CUADRO NO. 68 _____ 233
CUADRO NO. 69 _____ 233
CUADRO NO. 71 _____ 233
CUADRO NO. 72 _____ 233
CUADRO NO. 73 _____ 233
CUADRO NO. 74 _____ 233
CUADRO NO. 75 _____ 234
CUADRO NO. 76 _____ 234
CUADRO NO. 77 _____ 234
CUADRO NO. 78 _____ 234
CUADRO NO. 79 _____ 234
CUADRO NO. 80 _____ 234
CUADRO NO. 81 _____ 235
CUADRO NO. 82 _____ 236
CUADRO NO. 83 _____ 236
CUADRO NO. 84 _____ 236
CUADRO NO. 85 _____ 236
CUADRO NO. 87 _____ 236
CUADRO NO. 89 _____ 236
CUADRO NO. 90 _____ 237
CUADRO NO. 91 _____ 237
CUADRO NO. 92 _____ 237
CUADRO NO. 93 _____ 237
CUADRO NO. 94 _____ 237
CUADRO NO. 95 _____ 238
CUADRO NO. 96 _____ 238
CUADRO NO. 97 _____ 238
CUADRO NO. 98 _____ 238
CUADRO NO. 99 _____ 238
CUADRO NO. 100 _____ 238
CUADRO NO. 101 _____ 238
CUADRO NO. 102 _____ 239
CUADRO NO. 103 _____ 239
CUADRO NO. 104 _____ 239
CUADRO NO. 107 _____ 239
CUADRO NO. 109 _____ 240
CUADRO NO. 110 _____ 240

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación contiene el desarrollo de un Modelo de Auditoría de Gestión para el Sector Público; caso Centro de Salud No. 3 La Tola – Vicentina (Área de Salud No. 3).

El objetivo central es dar a conocer al Centro de Salud No. 3 parámetros sobre cómo se realiza una Auditoría, además se pretende orientar para que las máximas autoridades tomen las debidas acciones correctivas para alcanzar las metas y objetivos de los procesos de gestión estratégica y proceso financiero; así como los objetivos institucionales.

Es importante señalar que los datos primarios fueron recogidos directamente en el Área de Salud, para lo cual se realizó: encuestas al personal de Centro de Salud, entrevistas al personal del proceso financiero y Jefe del Centro de Salud, cuestionarios de control interno, programas de auditoría y determinación de hallazgos.

La presente investigación consta de cinco capítulos en los que se estudiaran diversos contenidos para la elaboración de un Modelo de Auditoría de Gestión para el proceso financiero y gobernante de la institución.

El capítulo I.- Describe la situación actual del Área de Salud No. 3, estructura organizacional, principales funcionarios, F.O.D.A., se analizó el POA, plan estratégico, entorno macro del sector salud, así como el entorno micro de la institución y de esta manera detectar los problemas de gestión que tiene la institución.

El capítulo II.- Hace una descripción sobre los fundamentos de la auditoría de gestión, sus aspectos generales tales como: concepto, importancia, propósitos, alcance de este tipo de Auditoría, fundamentos de esta auditoría en el sector público y herramientas que forman parte de la misma.

Se mencionan ciertos aspectos que se deben considerar en el control interno como estructura, componentes, riesgos de auditoría (inherente, de control y de detección) así como los factores que determinan los mismos, muestreo en auditoría, su objetivo y tipos de muestreo más utilizados, se mencionan aspectos sobre evidencia; elementos de la evidencia; tipos de evidencia, técnicas y verificación de las mismas.

Se mencionan aspectos referentes a los papeles de trabajo a ser utilizados en el desarrollo de la auditoría de gestión; así también como los indicadores de gestión a ser utilizados en una auditoría en el sector público.

El capítulo III.- Hace una descripción sobre las fases que tiene la auditoría de gestión enfocadas al Centro de Salud, en este capítulo se dan los lineamientos de cómo se va a realizar el trabajo investigativo.

Capítulo IV.- Se dan lineamientos sobre cómo se va a realizar la ejecución del Modelo de Auditoría de Gestión, se indican cada una de las fases de la auditoría como: conocimiento preliminar, en la cual se detallan aspectos generales del Área de salud y el componente estudiado (proceso financiero y gestión estratégica); planeación en esta fase se determinó objetivos además del alcance de este tipo de auditoría, se identificó la base legal bajo la cual se rigen, riesgos de auditoría en el de los componentes estudiados, se estableció un modelo de documentos que debe contener un archivo permanente.

En la fase de ejecución, se diseñó y analizó: cuestionarios de control interno del proceso financiero; así como los programas de auditoría a los sub-componentes de: presupuestos, contabilidad, tesorería y recaudación, hojas de hallazgos y elaboración de indicadores de gestión que pueden ser utilizados en el Área de Salud.
Dentro de la fase de comunicación de resultados, se redactó el informe de auditoría en el que consta una carta de presentación dirigida al Jefe de Área, así como el motivo, alcance, objetivos de la auditoría y las debidas recomendaciones de los hallazgos detectados.

El capítulo V.- se presentan las conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo.

CAPÍTULO I

1.- GENERALIDADES DEL ÁREA DE SALUD No. 3

1.1.- ANTECEDENTES

Desde los inicios de la década de los ochenta, como parte de los procesos de modernización del Estado, se han venido formulando iniciativas para promover la reforma del sector salud. Las diferentes propuestas plantean desde la renovación de las capacidades gerenciales, de organización y gestión, hasta cambios esenciales en el financiamiento, pasando por la formulación de estrategias que permitan mejorar la capacidad resolutiva de las unidades de salud, ampliar la cobertura con el establecimiento de redes plurales con el fin de satisfacer las necesidades de salud de sus usuarios. Es importante destacar la inclusión en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano de 1998 de un capítulo dedicado a la salud con cinco artículos del 42 al 46, en los cuales se destaca el derecho a la salud y la promulgación de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento. Sin embargo, aún persiste el requerimiento de mejorar, entre otras, la calidad y la cobertura de atención en salud.

> *En el sector salud actúan, compiten y se sobreponen varios subsectores. En el subsector público, el Ministerio de Salud Pública es el proveedor, con el mayor número de establecimientos, y que se estima tiene una cobertura para casi las dos cuartas partes de la población. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cubre al 25% de la población del país, incluyendo al Seguro Social Campesino, el Seguro de las Fuerzas Armadas y el de la Policía. Las Organizaciones no Gubernamentales, la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer cubren el 15% de la población. El sector privado con fines de lucro se estima cubre un 10% de la población (4% prepago y 6% pago directo).*
>
> *Es importante destacar el esfuerzo realizado por el Consejo Nacional de Salud al iniciar la construcción participativa y descentralizada del Sistema Nacional de Salud a partir de la vigencia de la Ley Orgánica*

del Sistema Nacional de Salud, desde septiembre del año 2002.[1]

Como proceso de esta revolución ciudadana se crea el punto de partida para un Plan de Desarrollo, que se prefigura como un instrumento para el cambio social, no puede únicamente constatar los males del país en el presente, sino demostrar las relaciones de tales problemas con las propiedades y características específicas de las instituciones y estructuras existentes, que orientan las decisiones de política pública que han perjudicado sistemáticamente a la gran mayoría de la población.

El Plan Nacional de Desarrollo se sustenta en un diagnóstico crítico de la evolución de los procesos económicos, sociales y políticos que caracterizan el fallido desarrollo del país en las últimas décadas, el cual busca describir la crisis y evolución del pensamiento económico dominante y los esquemas económicos, las opciones institucionales y las decisiones políticas que han derivado en grandes problemas para el desarrollo humano de la sociedad ecuatoriana.

A partir del 15 de enero de 2007, dentro de las gestiones del Gobierno de la Revolución Ciudadana que planteó privilegiar a la salud como un derecho humano fundamental y eje estratégico para el desarrollo nacional.

El Estado ecuatoriano en el marco del proceso de reforma apunta a la eficiencia, la descentralización y la redefinición de su rol asistencial y administrador directo de los servicios públicos, por un rol rector, orientador, regulador y coordinador.

Uno de los productos resultante de este proceso de participación y diálogo democrático fue la declaración por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad.

> *En el tema de derechos, en la constitución de 1998 el Estado reconoce y garantiza "el derecho a una calidad de vida que asegure la salud" art. 23 y además "garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección" art. 42. La nueva Constitución en su Art. 32 especifica que la salud en sí es un derecho que además está garantizado por el Estado a través de políticas públicas que inciden en la salud; se*

[1] Plan Nacional de Desarrollo, pág. 143

señala el mecanismo con los cuales se hará efectivo ese derecho para que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental[2].

La Constitución en cuanto al Sistema Nacional de Salud (SNS), garantiza los niveles de salud con base en la Atención Primaria en Salud (APS) y menciona a la red pública de salud como parte del mismo. En el Art. 362 establece que servicios públicos de salud serán universales y gratuitos "en todos los niveles".

En lo referente al financiamiento en la Constitución de 1998, el financiamiento de las entidades públicas del sector provenía de diferentes fuentes, entre las que se incluía los aportes de quienes tengan capacidad de pago Art. 46, y que dio origen al mecanismo de "recuperación de costos", contradiciendo lo señalado en el derecho y el acceso universal sin barreras[3].

"La nueva Constitución señala en su Art. 366 que los recursos deberán "provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado" y se distribuirán con base a criterios demográficos y epidemiológicos. Además define el tipo de instituciones que reciben fondos del Estado".[4]

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, como representante del Estado en el ámbito de su competencia, conduce el proceso de modernización del sector salud en base a cinco principios fundamentales:

- Equidad
- Universalidad
- Eficiencia
- Calidad
- Solidaridad.

[2] La salud en la Nueva Constitución 2008, pág. 3
[3] La salud en la Nueva Constitución 2008, pág. 4
[4] La salud en la Nueva Constitución 2008, pág. 7

La reforma sectorial planteó el desarrollo de un nuevo modelo conceptual de salud, la organización y construcción del Sistema Nacional de Salud, y el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Pública en la perspectiva de dar respuestas idóneas a los nuevos retos que debe asumir.

El instrumento utilizado es la Planificación Estratégica en Salud que permite dirigir el futuro de las organizaciones, ordena objetivos y acciones en un horizonte de tiempo definido; como patrón o modelo de decisiones produce las principales políticas y planes para lograr tales metas.

RESEÑA HISTÓRICA DEL ÁREA DE SALUD No. 3.-

La reseña histórica del Área de Salud es:

El Centro de Salud No. 3 está ubicado en la parroquia de La Tola, localizado al centro-norte de la ciudad de Quito. No se encuentran datos o registros con fechas y nombres exactos respecto a su origen, pero por datos proporcionados por personas que hasta el día de hoy laboran en el mismo, mencionan que inició como un dispensario de salud en la casa barrial de La Tola, la dirección en ese entonces fue en las calles Miño y Manosalvas, el pionero y posterior director de la casa asistencial fue el Dr. Vasco; aproximadamente por los años setenta atendiendo servicios médicos ambulatorios a libre demanda enfatizando programas de prevención de la salud.

En el año de 1981, se traslada esta casa asistencial a las calles Don Bosco y Vicente León (esquina), lugar arrendado a los padres Salesianos encargadas de la administración del Colegio Don Bosco.

Mediante decreto ejecutivo No. 3292 de fecha 29 de abril de 1992, publicado en el Registro Oficial No. 932 del 11 de mayo de ese año, se constituyen las áreas de salud como centros de salud asignándole al director las funciones del Jefe de Área.

La jefatura del área así como los Sub centros están jurídica y administrativamente forman parte de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha y por lo tanto del Ministerio de Salud de acuerdo al artículo No. 124 de la Constitución Política de la

República en el cual versa: "La administración pública se organizará y desarrollará de manera descentralizada y desconcentrada."[5]

> *Desde el año 2000, este centro pasa a tomar la Jefatura de la llamada Área de Salud No. 3 La Tola-Vicentina, abarcando una población mayor de influencia como son las correspondientes al Centro de Salud de La Tola, Centro de Salud La Vicentina, los sub-centros de salud de: San José de Monjas, Playa Rica y Cipriana Dueñas.*[6]

El área de salud Nº 3 se encuentra licenciada con condicionamiento, adicionalmente esta Área de Salud es cabecera de área, teniendo los siguientes sub- centros bajo su dirección:

- Sub- Centro de Salud de Playa Rica
- Sub- Centro de Salud de Monjas
- Sub- Centro de Salud de La Vicentina
- Sub- Centro de Salud Jardín de Valle
- Cipriana Dueñas
- Toca de Asís
- Asociación de Imbabureños
- Fundación de Desarrollo y Bienestar de la Policía (FUDEBIP)

MISIÓN.-

"Contribuir a mejorar la salud de la población, a través de la oferta de servicios con calidad y calidez, propiciando la participación social como sujetos de su desarrollo; dando respuesta a las necesidades de los grupos más vulnerables con eficiencia y efectividad"[7].

VISIÓN.-

"Ser una organización líder en atención primaria de salud en el Distrito Metropolitano de Quito, que brinde atención integral de calidad y con calidez al

[5] Constitución Política de la República 2008; pág. 38
[6] Información Área de Salud No. 3
[7] Plan Estratégico del Área de Salud, pág. 8

cliente interno y externo, con infraestructura física adecuada y ampliando la oferta de servicios de acuerdo a la demanda de la comunidad"[8].

VALORES.-

- Solidaridad
- Honestidad
- Lealtad
- Confidencialidad
- Privacidad
- Responsabilidad
- Ética Profesional

1.1.2.- OBJETIVOS

Los objetivos del Área de Salud son:

a) Objetivos Generales.-

- Cumplir con las leyes y normas de la salud
- Mejorar la calidad de atención en Salud
- Cumplir con los lineamientos y objetivos de todos los programas
- Disminuir tiempos de espera a los usuarios de consulta externa
- Organizar y optimizar el recurso humano existente

b) Objetivos Específicos.-

- *"Lograr que se implemente la estructura por procesos*
- *Implementar el modelo de atención de salud familiar acorde a la normativa del MSP*
- *Fortalecer la capacidad de las organizaciones locales para gestionar iniciativas de desarrollo y servicios de salud*
- *Fortalecer el trabajo técnico del área para licenciar todas las unidades e iniciar proceso de acreditación.*
- *Automatizar el sistema de información en todas las unidades*
- *Aportar para la implementación de las políticas públicas en de salud.*

[8] Plan Estratégico del Área de Salud, pág. 8

- *Impulsar el desarrollo del talento humano*
- *Consolidar el funcionamiento de la red de salud"*[9]

1.1.3.- LICENCIA DEL ÁREA DE SALUD NO. 3

ANTECEDENTES DEL LICENCIAMIENTO EN EL SECTOR PÚBLICO

El licenciamiento es un procedimiento de carácter obligatorio, por medio del cual la autoridad sanitaria otorga el certificado de funcionamiento, previa verificación del cumplimiento de los estándares mínimos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, según su capacidad resolutiva en los diferentes niveles de atención.

En este marco el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Gestión de Servicios de Salud implementará el proceso de licenciamiento en el sector público y privado, partiendo de una tipología unificada de las unidades operativas en sus respectivos niveles, que permitan en el corto y mediano plazo el fortalecimiento de la red plural de servicios de salud.

COMPONENTES DE LICENCIAMIENTO

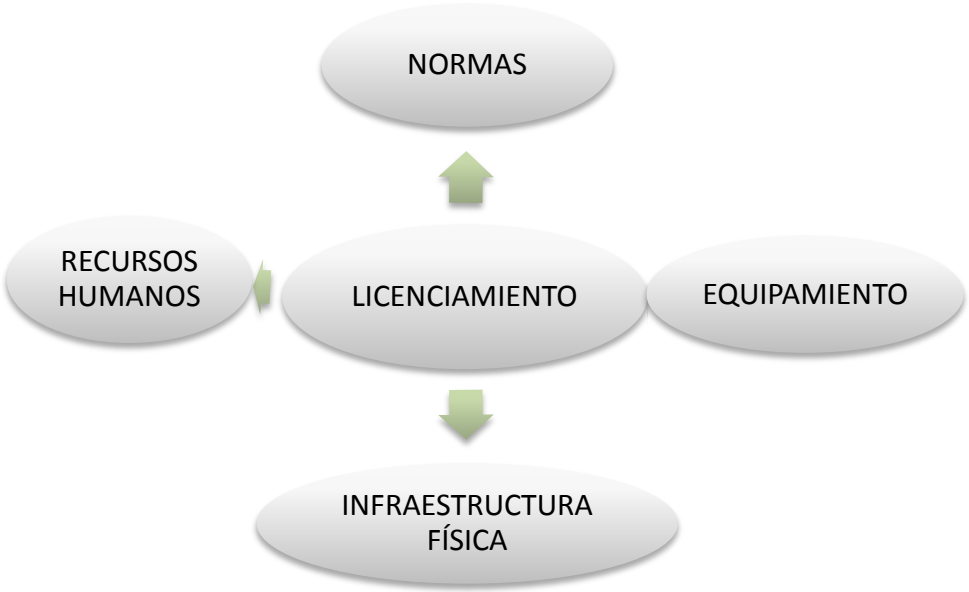


GRAFICO No. 1

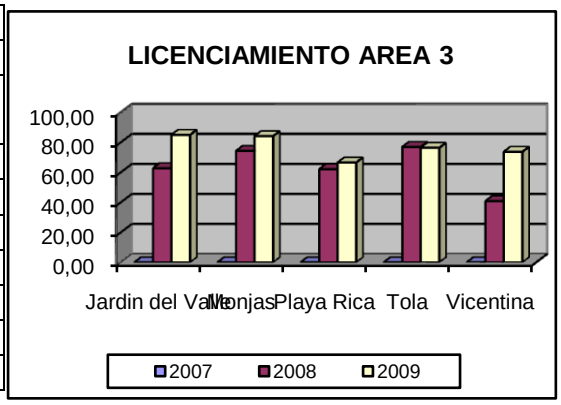
[9] Transparencia y Rendición de Cuentas Administración; diapositiva 28

Como se mencionó anteriormente el Área de Salud No. 3 cuenta con una licencia con condicionamiento por no tener condiciones mínimas de infraestructura y recursos humanos técnicos que permitan cubrir la demanda actual.

A continuación se presenta un cuadro con el porcentaje alcanzado para la obtención del licenciamiento tanto del Área de Salud No. 3; así como el de sus unidades operativas.

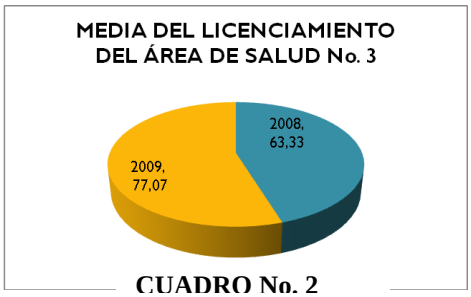
LICENCIAMIENTO				
AÑO				
UNIDADES	Tipo Unidad	2007	2008	2009
Jardín del Valle	SCU	0,00	62,71	84,89
Monjas	SCU	0,00	74,22	84,05
Playa Rica	SCU	0,00	62,04	66,49
Tola	CS	0,00	76,88	76,30
Vicentina	CS JA	0,00	40,78	73,64
TOTAL			316,63	385,37
MEDIA			63,33	77,07

TABLA No. 1



CUADRO No. 1

Fuente: Área de Salud No. 3, Proceso de Estadística, 2009.
Elaborado por: Autora



CUADRO No. 2

El licenciamiento del Centro de Salud La Tola (cabecera de Área), del año 2008 obtuvo un 76.88%, mientras que en el año 2009 fue de 76.30%; podemos ver que hay una disminución del 0.58 centésimas de punto con relación al año 2008, está disminución se encuentra en el grupo correspondiente a Establecimiento en el componente No. 3 referente a Recursos Humanos.

El Área de Salud No. 3 en el año 2008 contaba con un promedio del 63.33% de licenciamiento, mientras que en el año 2009 fue del 77.07% podemos ver que en el año 2009 los licenciamientos de el centro de salud no. 3 a pesar de estar bajo, las unidades operativas que están a su cargo han tenido un aumento de 13.44 puntos.

1.1.4.- NORMATIVA LEGAL VIGENTE

La normativa legal vigente con la cual está el Área de Salud No. 3 enmarcada es la siguiente:

LEYES

- Constitución Política de la República arts. 23-24-42-46 -83-84 (vigente año 2008)
- Ley orgánica de la salud (vigente)
- Ley orgánica de servicio civil y carrera administrativa, codificación. (Año 2009)
- Codificación de la ley de contratación pública
- Ley de modernización del estado.
- Ley de derechos y amparo del paciente
- Ley de gestión ambiental, codificación
- Ley de la federación médica ecuatoriana.
- Ley de maternidad gratuita.
- Ley de medicamentos genéricos de uso humano
- Ley orgánica de defensa del consumidor.
- Ley orgánica del sistema nacional de salud.
- Modelo de autonomía de gestión de los servicios de salud

REGLAMENTOS

- Reglamento de aplicación a la ley de servicio civil y carrera administrativa (vigente)
- Reglamento a la ley de contratación pública
- Reglamento de adquisición de bienes, ejecución de obras y prestación de servicios del ministerio de salud pública
- Reglamento para adquisición de insumos médicos, ministerio de salud
- Reglamento general de bienes del sector público
- Reglamento para la enajenación de activos improductivos
- Reglamento a la ley de medicamentos genéricos de uso humano.
- Reglamento de registro sanitario de medicamentos en general
- Reglamento a la ley orgánica de defensa del consumidor
- Reglamento a la ley orgánica del sistema nacional de salud
- Plan nacional del buen vivir (año 2009)

1.2.- ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN

Ubicación Geográfica

El Área de Salud No. 3 se encuentra ubicada en las calles Ríos N 4-183 y Chile, la cobertura geográfica del Área de Salud No. 3 es la siguiente:

NORTE: Collacoto hasta Río Coca
SUR: Avenida Pichincha hasta el peaje
ESTE: Parque Metropolitano
OESTE: Avenida 10 de Agosto

PLANO DE UBICACIÓN DEL ÁREA DE SALUD No. 3

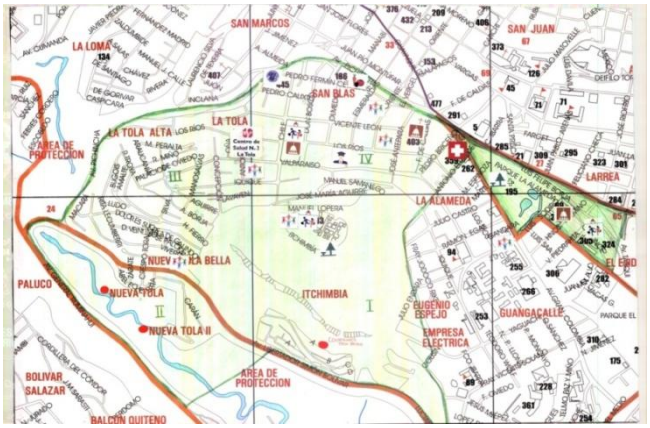


GRÁFICO No. 2

El principal factor de alarma con el que cuenta esta Área de Salud es la delincuencia, ya que esta zona en donde está ubicada es considerada como zona roja.

Acceso: Existe una línea de transporte que permite el acceso hasta el Área de Salud No. 3, la línea de transporte es Quitumbe.

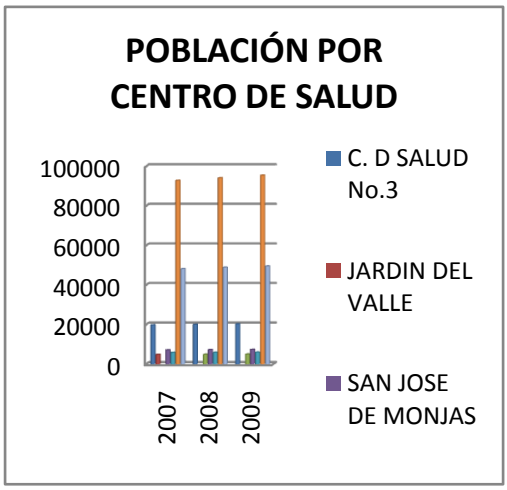
Aspectos Demográficos

POBLACIÓN

La población con la que cuenta el Área de Salud No. 3 es la siguiente:

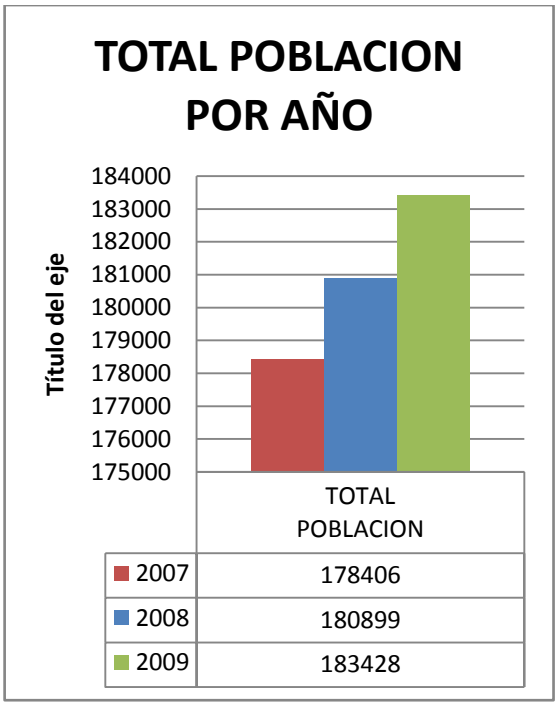
POBLACIÓN CENTRO DE SALUD No. 3			
	AÑO		
DETALLE	**2007**	**2008**	**2009**
C. S SALUD No.3	19708	19984	20263
JARDÍN DEL VALLE	4817	-	
SAN JOSÉ DE MONJAS	7136	7235	7337
CIPRIANA DUEÑAS	5804	5885	5967
C. DE SALUD No. 7	92771	94068	95380
PLAYA RICA	48170	48843	49524
TOTAL POBLACIÓN	178406	180899	183428

TABLA No. 2



CUADRO No. 3

FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso de Estadística, 2009
Elaborado: Autora



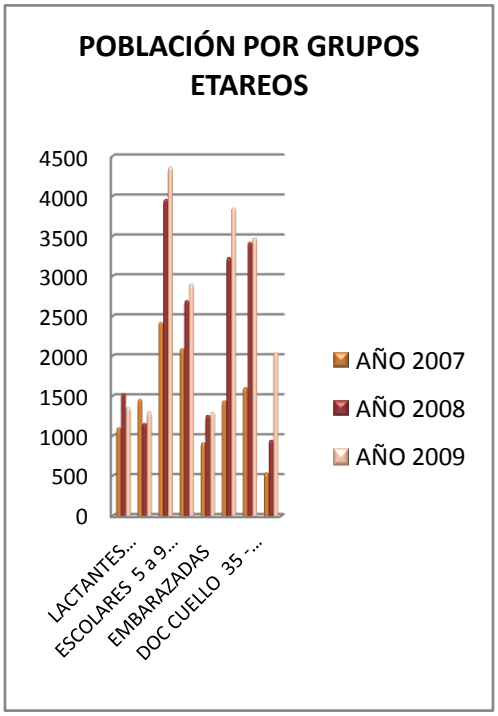
CUADRO No. 4

Fuente: Área de Salud No. 3, Proceso de Estadística, 2009
Elaborado por: Autora

Según datos proporcionados por el proceso de estadística la afluencia que tuvo el área en el año2007 fue de 178.406 usuarios; en el año 2008 fue de 180.899 usuarios; y en año 2009 fue de 183.428 usuarios que se hacen atender en este Centro de Salud.

GRUPO ETAREO (TOTALES)				
DETALLE	**2007**	**2008**	**2009**	**% AÑO 2009**
LACTANTES MENORES DE 1 AÑO	1101	1531	1354	6,58
PREESCOLARES 1 A 4 AÑOS	1453	1155	1300	6,32
ESCOLARES 5 a 9 años	2419	3957	4363	21,21
ADOLESCENTES 10 a 14 años	2091	2693	2899	14,09
EMBARAZADAS	912	1255	1291	6,27
PLANIFICACIÓN FAMILIAR MEF 10 - 49 AÑOS	1438	3233	3851	18,72
DOC CUELLO 35 - 64 AÑOS	1605	3420	3475	16,89
DOC MAMA 25 -64 AÑOS	538	945	2041	9,92
TOTAL			20574	100,00

TABLA No. 3



CUADRO No. 5

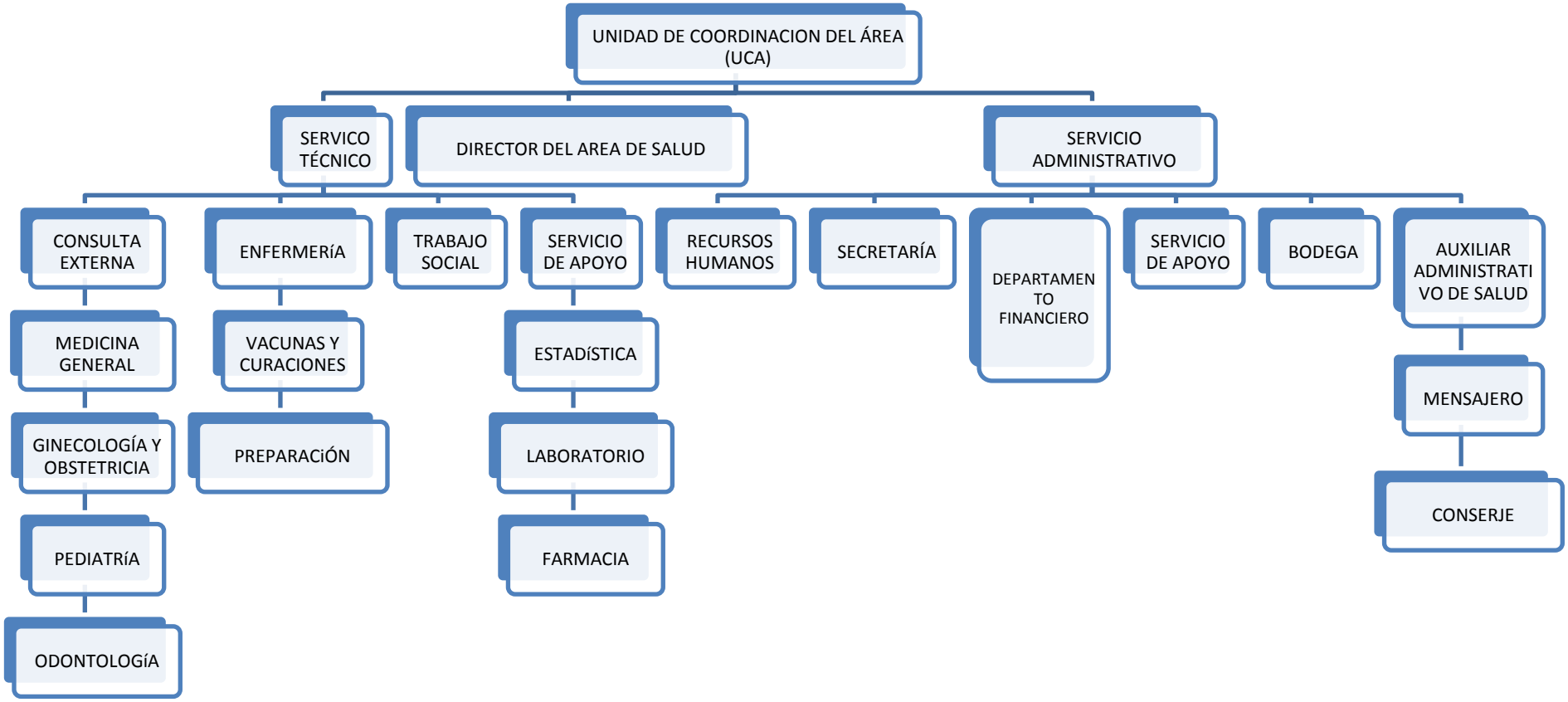
FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso de Estadística, 2009
Elaborado: Autora

A pesar de que el país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, podemos ver que las personas acuden más en el año 2009; ya que la coyuntura del Estado ha cambiado, en base a modelos de gestión descentralizados y participativos, sustentados en los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia; además de que algunos de los servicios de salud son gratuitos y otros tienen precios módicos.

Se puede ver que los grupos de población más grandes durante los tres años son escolares de 5 a 9 años con 4.363 personas que corresponde al 21.21% de la población, adolescentes 10 a 14 años con 2.988 personas que corresponde al 14.09%, planificación familiar con la cifra de 3851 correspondiente al 18.72%, D.O.C de Cuello uterino con 3.475 cifra que equivale al 16.89% y mama con 2,041 que representa el 9.92%.

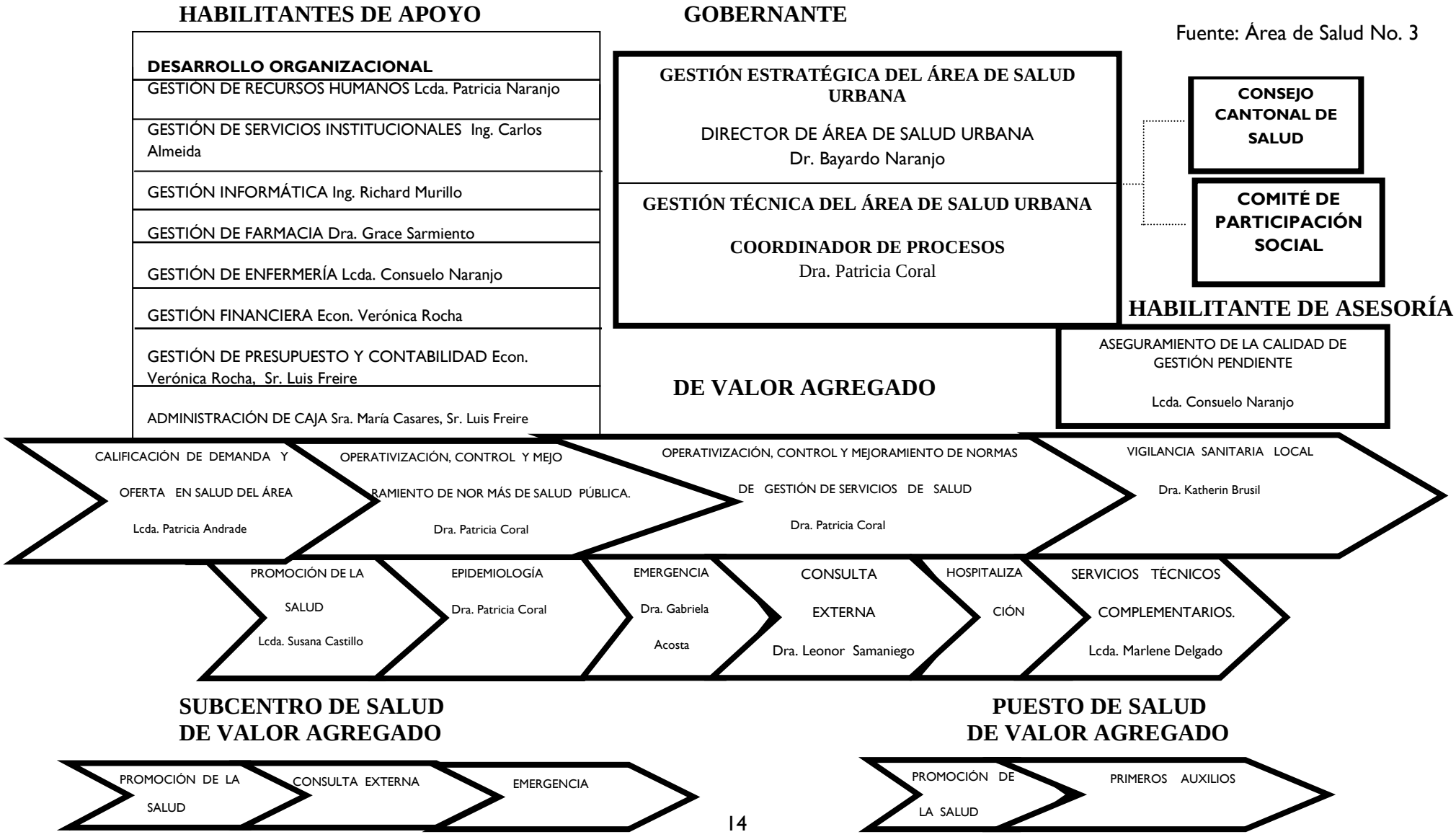
Cabe acotar que el incremento considerable en el año 2009 se debe a que se conformó el Equipo Básico de Atención (EBAS), gratuidad en la atención, se han realizado ferias de salud gratuitas, aumento de personal y se ha implementado el programa de calidad y calidez.

1.2.1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL A DICIEMBRE DE 2007



Fuente: Área de Salud No. 3

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS
ÁREA DE SALUD No.3 A DICIEMBRE DE 2009



GOBERNANTES.- Este proceso orienta la gestión institucional a través de la formulación de políticas y la expedición de normas e instrumentos para poner en funcionamiento a la organización.

Dentro de este proceso se encuentran los siguientes sub-procesos:

- Gestión estratégica del área de salud urbana
- Gestión técnica del área de salud urbana

HABILITANTES.- Estos procesos implementan políticas y generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregador de valor y para sí mismo, contribuyendo a la consecución de la misión institucional.

Podemos encontrar sub procesos como:

- Gestión de recursos humanos
- Gestión de servicios institucionales
- Gestión informática
- Gestión de farmacia
- Gestión de enfermería
- Gestión financiera
- Gestión de presupuesto y contabilidad
- Administración de caja

AGREGADORES DE VALOR.- En estos procesos se implementan políticas, administra y controla la generación de los productos y servicios destinados a usuarios externos y permite cumplir con la misión institucional, denota su especialización y constituye la razón de ser de la institución.

Los sub- procesos que se encuentran en este proceso son los siguientes:

- Calificación de demanda y oferta en salud del área
- Operativización, control y mejoramiento de normas de salud pública.
- Operativización, control y mejoramiento de normas de gestión de servicios de salud
- Vigilancia sanitaria local
- Promoción de la salud
- Epidemiología
- Emergencia
- Consulta externa

La estructura organizacional del Área de Salud fue cambiada de vertical a horizontal, cabe mencionar que esta estructura se encuentra vigente hasta el año 2009; antes la estructura organizacional era jerarquizada y centralizada, se tenían tareas especializadas, no existía un buen nivel de comunicación interfuncional entre los diferentes procesos; con el cambio de estructura organizacional se tiene un mayor contacto entre la parte directiva y los empleados, los líderes de los diferentes procesos con los que cuenta el Área de Salud cruzan información entre ellos, permitiendo de esta manera conocer las necesidades técnicas y operativas; permite el trabajo en equipo permitiendo alcanzar los objetivos tanto del servicio como del Área de Salud; además existe un trabajo coordinado y eficiente dando respuestas ágiles y oportunas tanto al cliente interno como externo.

1.2.2.- ANÁLISIS MACRO

1.2.2.1.- Principales problemas en el sector salud

GRÁFICO No. 3

Con la revolución ciudadana y las nuevas reformas introducidas para impulsar cambios fundamentales el sector salud, sigue persistiendo baja cobertura ya que no se cuenta con el personal idóneo para el desempeño de las actividades tanto técnicas como administrativas.

A pesar de la propuesta hecha por el gobierno sobre los modelos de organización, siguen persistiendo fragmentaciones dentro del sector salud, lo cual dificulta la toma

de decisiones, una limitada rectoría, débil coordinación y ejercicio de la autoridad sanitaria.

"Existe también una oferta limitada de los recursos humanos en el sector salud; ya que hay profesionales que trabajan a tiempo completo el 35%, tiempo parcial el 40% y modalidad ocasional el 35%".[10]

Otro determinante son los problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y aumento significativo de la indigencia, ocasionados por distintos fenómenos naturales, crisis bancaria y financiera mundial. Al no contar con un sistema eficiente de calidad y calidez en la salud, se está llevando a cabo un programa denominado Plan Nacional del Buen Vivir.

Otro problema que presenta el sector salud es la falta de monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.

1.2.3.- ANÁLISIS MICRO

MODELO INAPROPIADO DE SERVICIOS DE SALUD

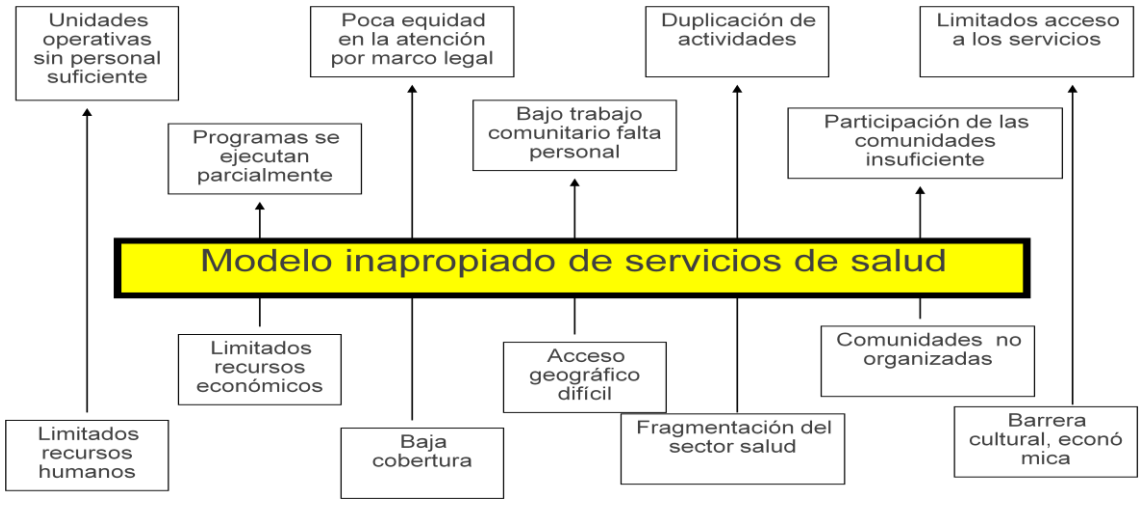


GRÁFICO No. 4

Fuente: Rendición de Cuentas Área de Salud No. 3,Año 2009

Al no contar el Área de Salud con un modelo apropiado de servicios de salud; se reflejan algunos problemas como limitación de recursos humanos lo que conlleva a

[10] Ministerio de Salud pública/Transformación Sectorial de la Salud en Ecuador diapositiva No. 3

no presentar los servicios que requieren los usuarios ya que existen profesionales que trabajan medio tiempo y algunos son de ocho horas.

Otro problema es la limitada asignación presupuestaria, la cual impide ejecutar programas de crecimiento en el área como por ejemplo la infraestructura, al fragmentarse el sector salud surge otro inconveniente que es la duplicación de actividades.

Si bien es cierto se ha superado la mayoría de estos problemas, pero hay algunos que persisten sobre los cuales se están trabajando para de esta manera prestar servicios de calidad y calidez para que tanto el usuario interno y externo se sientan satisfechos.

1.2.4.- ANÁLISIS F.O.D.A

F.O.D.A/DOFA:

> *Es una herramienta de desarrollo de estrategias que relaciona una por una las debilidades y las fortalezas internas de una organización, con las oportunidades y amenazas externas. DOFA son las siglas de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.*
>
> *El análisis DOFA se basa en la suposición de que si los gerentes verifican cuidadosamente tales debilidades, oportunidades y amenazas aseguran el éxito de la empresa.*[11]

PORQUÉ UN F.O.D.A?

Para conocer el estado de la situación de la organización interna y externa (entorno)

APLICAR UN F.O.D.A.?

> *Una organización debe identificar los factores que tienen la mayor importancia y potencial para su misión en el entorno cambiante.*
>
> *La evaluación F.O.D.A. tiene que ser profunda, exacta y continua, mientras más sistemática, menor la posibilidad de sorpresas y más exacta la estimación de los impactos de los cambios.*[12]

[11] Administración moderna, Samuel Certo, pág. 176

[12] Planificación Estratégica y Operativa Aplicada a Gobiernos Locales; Gerrit, Burwal Crellar Jaun Carlos; Edición: Primera pág.: 184,185

Para la creación de esta matriz F.O.D.A, fue necesaria la aplicación de encuestas para de esta manera determinar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas a la mayor parte de los procesos existentes en esta Área de Salud, se tomo en consideración la opinión tanto del nivel operativo como el de los líderes de los procesos.

1.2.4.1.- Análisis interno 2009

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Cruce de información entre los líderes de cada proceso. Disponibilidad de recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales en el MSP. Autoridad formal sobre la actividad sanitaria. Recursos humanos técnicamente capacitados para actividades de salud. Elaboración de planes operativos en la unidad de salud. Mejoramiento de la calidad de la atención brindada por el personal de las unidades de salud respetando al usuario externo e interno Estructura organizacional horizontal, trabajo en equipo.	Falta de un modelo de auditoría de gestión en el Área de Salud No. 3. Falta de inducción al personal que labora en el área. Poca capacitación al personal de área de salud. Recursos humanos perfiles profesionales dispares a sus funciones. Débil y desarticulada formulación, ejecución y control de la planificación, así como presupuestación en base a datos históricos. Sobrecarga de trabajo al personal de área de salud Inadecuada política de asignación y distribución de recursos humanos y materiales. Falta de Reglamentos Internos Falta de estabilidad laboral. Infraestructura inadecuada para el desarrollo de las actividades. Descoordinación al momento de realizar capacitaciones al personal en los diferentes procesos. Débil manejo de adquisiciones de medicamentos. Desmotivación al personal que labora en el área de salud. Desconocimiento de normas y de la estructura organizacional por procesos

1.2.4.2.- Análisis del contexto 2009

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Marco constitucional para impulsar la reforma y desarrollo del sector Salud.	Inestabilidad de las autoridades e Injerencia Política
Ley de Descentralización y Participación Social.	Fragmentación del sector Salud.
Decreto Ejecutivo No. 350-b que autoriza la autogestión y la cogestión (en vigencia 2009).	Políticas y gestión de recursos humanos y presupuestarios manejadas por entes externos: Ministerio de Finanzas y SENRES
Participación de los actores sociales en propuestas de entornos saludables.	Reducción de los recursos para programas de salud pública, como producto de ajustes fiscales.
Tendencia a la conservación del medio ambiente y la biodiversidad.	No aprobación real y efectiva en el presupuesto asignado
Servicios de salud: accesibles, equitativas, eficientes y de alta calidad para la población objetivo.	Prestadores de Salud en el Área (hospitales, clínicas privadas, ONGS)
Adquisición de medicamentos en base a los protocolos de tratamientos estandarizados por el MSP	Existencia de diferentes regímenes de administración de personal, (LOAFYC y Código del trabajo).
Formación de veedurías ciudadanas.	Falta de capacitación con los prescriptores de Área, para el manejo de protocolos y tratamientos estandarizados por el MSP.
	Inestabilidad económica

Fuente: Aplicación de Encuestas, F.O.D.A Área de Salud 2008
Elaborado por: Autora

Se puede decir que algunos amenazas siguen siendo constantes como por ejemplo la fragmentación existente en el sector salud el cual no permite una regulación óptima por parte del Ministerio de Salud Pública, las políticas y gestiones tanto de los recursos humanos y financieros siguen siendo limitados, otra amenaza es la inestabilidad económica que existe en el país, las debilidades que igualmente persistentes es la infraestructura inadecuada con la que cuenta el área, sigue existiendo inestabilidad laboral; la desmotivación, falta de protocolos estandarizados, existe falta de promoción de los servicios de salud , las oportunidades que se han

conservado son las formaciones de veedurías ciudadanas las que ayudan a mejor la calidad de atención y el servicio, los servicios de salud así como los insumos son equitativos, accesibles, la estructura organizacional a cambiado eliminando la barrera que existía en la relación directivos- subordinados, sigue persistiendo intervención sindical lo que afecta la toma de decisiones operativas en el Área.

1.2.5.- ANÁLISIS DEL POA

POA: (ANEXO No. 1)

"Es un instrumento fácil y muy práctico de gestión: cada uno sabe exactamente QUIEN debe hacer QUE, CUANDO y con QUE.
Igualmente para quien asume las tareas de coordinación o dirección, el POA es un instrumento de monitoreo y evaluación".[13]

El plan operativo anual (POA), mismo que en la Constitución Política del Ecuador dispone que el Sistema Nacional de Planificación (SNP), fije los objetivos nacionales permanentes en materia económica y social, determine en forma descentralizada las metas de desarrollo a corto, mediano y largo plazo.

De igual forma, establece que el Sistema Nacional de Planificación esté a cargo de un organismo técnico dependiente de la Presidencia de la República. Para cumplir con el mandato constitucional, se expidió el Decreto Ejecutivo No. 1372 del 20 de febrero del 2004, que crea la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), cuya competencia, entre otras, es apoyar la elaboración de los diversos procesos de planificación por parte de las entidades nacionales.

Esta matriz está encaminada a evaluar el avance de las actividades de programas y proyectos con gastos corrientes y de inversión que se ejecutan a nivel provincial (DPSP, Hospitales y Áreas de Salud)

El Ministerio de Salud Pública a través del proceso de aseguramiento de la calidad y del subproceso de planificación, tiene la responsabilidad de elaborar el plan operativo anual "POA" Institucional el mismo que deberá servir de base para guiar el trabajo de cada una de las instancias administrativas y unidades ejecutoras.

[13] Planeación Estratégica y Operativa aplicada a gobiernos locales; Edición: Primera; Pag.215

Este plan deberá estar acorde con las grandes líneas y objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007 – 2010) del Gobierno y los cinco objetivos estratégicos institucionales tal como constan en la matriz

El POA se elabora, bajo los siguientes lineamientos:
Disponibilidad presupuestaria de cada unidad ejecutora por lo cual se debe coordinar entre el equipo técnico, financiero y administrativo.

Se elaborará en no más de dos hojas por cada Unidad ejecutora, para lo cual la Dirección Provincial instruirá y apoyará a sus Áreas de Salud, Hospitales y consolidara igualmente en no más de dos hojas, la información de la provincia.

Los indicadores y metas de gestión del objetivo están en concordancia con los objetivos estratégicos institucionales y estos a su vez se correlacionan con el objetivo No. 3 (**AUMENTAR LA ESPERANZA Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN).**

El plan operativo anual es elaborado por el director del área en coordinación con los demás procesos existentes en la misma.

Los criterios para la formulación del plan operativo anual se realizan de acuerdo al instructivo metodológico presentado por SENPLADES y a las directrices presupuestarias definidas por el Ministerio de Finanzas, se ajusta a las disposiciones legales y es compatible con el presupuesto asignado a la institución.

PARTES DEL PLAN OPERATIVO ANUAL:

1. La primera parte considera información relacionada con el código institucional, el nombre de la institución, el "Tipo de Norma" ley, decreto, acuerdo, resolución, entre otros y el "Número" respectivo de su expedición, y el "Número" del registro oficial y "Fecha" de su publicación. Además consta información de misión y visión institucionales.
2. La segunda parte identifica información relacionada con los objetivos, metas e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2010.

3. La tercera parte se refiere a las "estrategias de acción institucional" y demanda requerimientos de información de: prioridad, objetivo estratégico institucional, indicador de gestión del objetivo, meta de gestión del objetivo, tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses), programación trimestral en % de la meta, presupuesto del objetivo estratégico institucional, responsable del objetivo estratégico institucional, y los programas, proyectos, acciones y actividades claves.

a) METAS DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Están expresadas desde un enfoque de derechos humanos, donde los individuos y la sociedad ejerzan plenamente sus derechos; se enuncian en términos cualitativos y se orientan a conseguir propósitos de carácter nacional.

INDICADOR (ES) DEL OBJETIVO (S) DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

Se relaciona con el propósito del objetivo, constituyen la expresión del cumplimiento de los objetivos.

Están asociados al beneficio alcanzado y miden los efectos de la acción gubernamental; es decir son una expresión representativa de la gestión institucional.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

Se selecciona el orden de prioridad de los objetivos estratégicos institucionales, siendo primero (1) el de mayor prioridad.

INDICADOR DE GESTIÓN DEL OBJETIVO

El indicador de gestión específica la unidad de análisis (personas, hogares), y la medida que puede ser número, porcentaje, proporción, razón, promedio, tasa demográfica, mediana, índice, tasa de crecimiento, etc.

META ANUAL DE GESTIÓN DEL OBJETIVO

La meta anual de gestión es la expresión cuantitativa del objetivo, es decir, de lo que se pretende lograr en el año 2009, y se expresa en términos relativos o absolutos. La meta de gestión es el compromiso de la gestión institucional.

TIEMPO PREVISTO Y PROGRAMACIÓN TEMPORAL DE LA META

El tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses) se refiere al tiempo requerido para el cumplimiento de la meta en el año. Se indica el número de meses que demanda alcanzar la meta.

Cuando se determina el tiempo, se programa el cumplimiento de la meta trimestralmente y de manera porcentual.

PRESUPUESTO DEL OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
Es el valor de los recursos monetarios (sean estos de gasto corriente o de inversión) que se requieren para cada objetivo estratégico institucional.

En función de los presupuestos establecidos por el Ministerio de Finanzas, el área ingresa el presupuesto referencial que se requiere utilizar en cada objetivo estratégico institucional, de acuerdo a las prioridades institucionales.

PROGRAMAS, PROYECTOS, ACCIONES Y ACTIVIDADES CLAVES
La entidad especifica los programas, proyectos, acciones y actividades más relevantes para el logro del objetivo estratégico institucional y que serán ejecutadas en el transcurso del año.

En conclusión y a pesar de los cambios en las matrices y objetivos nacionales se puede decir que esta herramienta ofrece a la planificación operativa es un reajuste de los objetivos, metas, programas, proyectos y acciones a las condiciones y circunstancias que se presentan cada año, y a los cambios no previstos.

El plan operativo anual es un instrumento que vincula la planificación con el presupuesto, es la base para elaborar la proforma presupuestaria.

El plan operativo supone concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de recursos.

1.2.6.- PROGRAMACIÓN INDICATIVA ANUAL (PIA)

El objetivo que tiene la PIA es guiar la ejecución financiera institucional de modo que los requerimientos financieros que se generan en la ejecución de sus

presupuestos se armonicen a las disponibilidades de fondos establecidos en la programación de caja.

La programación indicativa anual se estructura cuatrimestralmente, está diseñado para que se realice en forma lineal.

A partir del año 2008, empiezan a ser regularizados y operar con el sistema e-sigef, años atrás se llevaba independientemente la contabilidad en el Área de Salud y esta información migraba al MEF (Ministerio de Economía y Finanzas).

Mediante acuerdo ministerial No. 444 de 27 de diciembre de 2007, se dispuso el uso de la herramienta informática e-sigef, con el carácter de obligatorio y en forma gratuita en las entidades, organismos, fondos y proyectos, según lo establecido en las letras a) y b) del Art. 2 de la Ley de Presupuestos del Sector Público.

Antes de la implementación del sistema e-sigef cada Área de Salud disponía de su presupuesto.

Cabe mencionar que el Área de Salud No. 3 es una ejecutora de gasto; más no administra los recursos.

El Ministerio de Economía y Finanzas establece los techos presupuestarios del Área; es decir fijan el valor que se puede gastar.

1.2.7.- SUSTENTO LEGAL DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

> *"Se considera que la planificación estratégica, identifica y analiza sistemáticamente las necesidades y tendencias de las organizaciones con la finalidad de establecer el estado actual de dichas organizaciones (diagnóstico) y el estado futuro de la misma (pronóstico), ésta se convierte en un proceso en donde se articulan varias operaciones, por lo tanto está sujeto a continuas revisiones y reajustes para ejecutar las actividades desde las líneas estratégicas que se establezcan en el análisis del plan. En el Plan Nacional de Desarrollo reconoce a la planificación estratégica como una herramienta técnica, para la operatividad del mismo.*

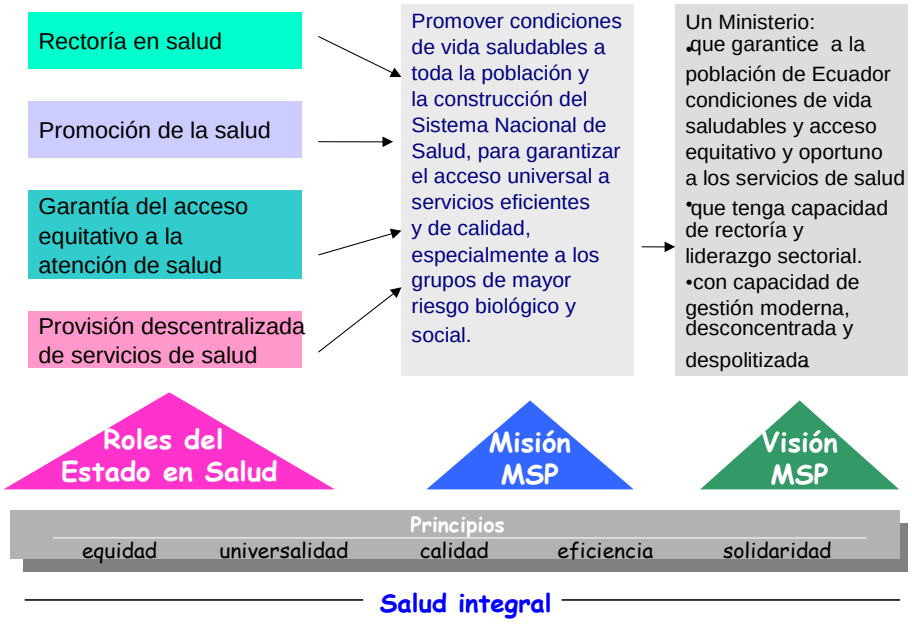
El acuerdo ministerial 0000130 del 24 de febrero del 2006, aprueba y autoriza la publicación del modelo de gestión de salud con enfoque estratégico y participativo.

En el artículo 279 de la Constitución Política del Ecuador, se consideran los elementos del sistema nacional de planificación de acuerdo al siguiente cuadro:

PLAN LARGO PLAZO	*Concebido para cinco años o más, en los cuales se procura concretar la estrategia para alcanzar los objetivos en términos globales*
PLAN MEDIANO PLAZO	*Concebido para cuatro años, posibilita para que el grupo político que accede al gobierno, adopte su propio plan*
PLAN CORTO PLAZO	*Concebido para un año, con el objeto de concretar y ejecutar las orientaciones del plan a mediano plazo e Incorporar los aspectos de coyuntura.*

Por esto la planificación estratégica identifica dirección con planificación ya que quien conduce, necesariamente, tiene que hacer un cálculo permanente de múltiples factores y recursos"[14]**.**

GRÁFICO No. 5

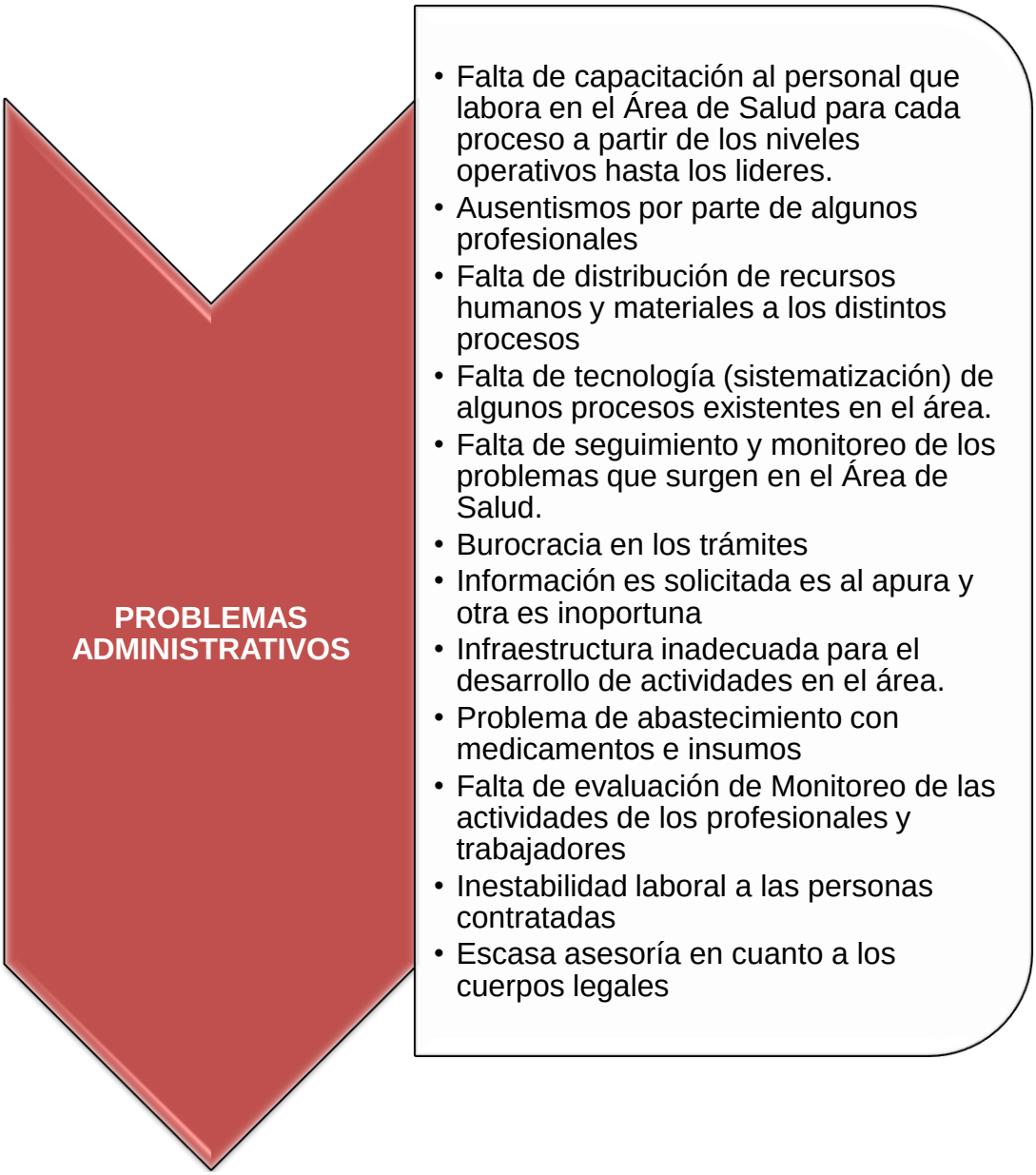


[14] Plan Estratégico de la Dirección Provincial de Salud; pág. 3

1.2.8.- PROBLEMAS DEL ÁREA DE SALUD NO. 3

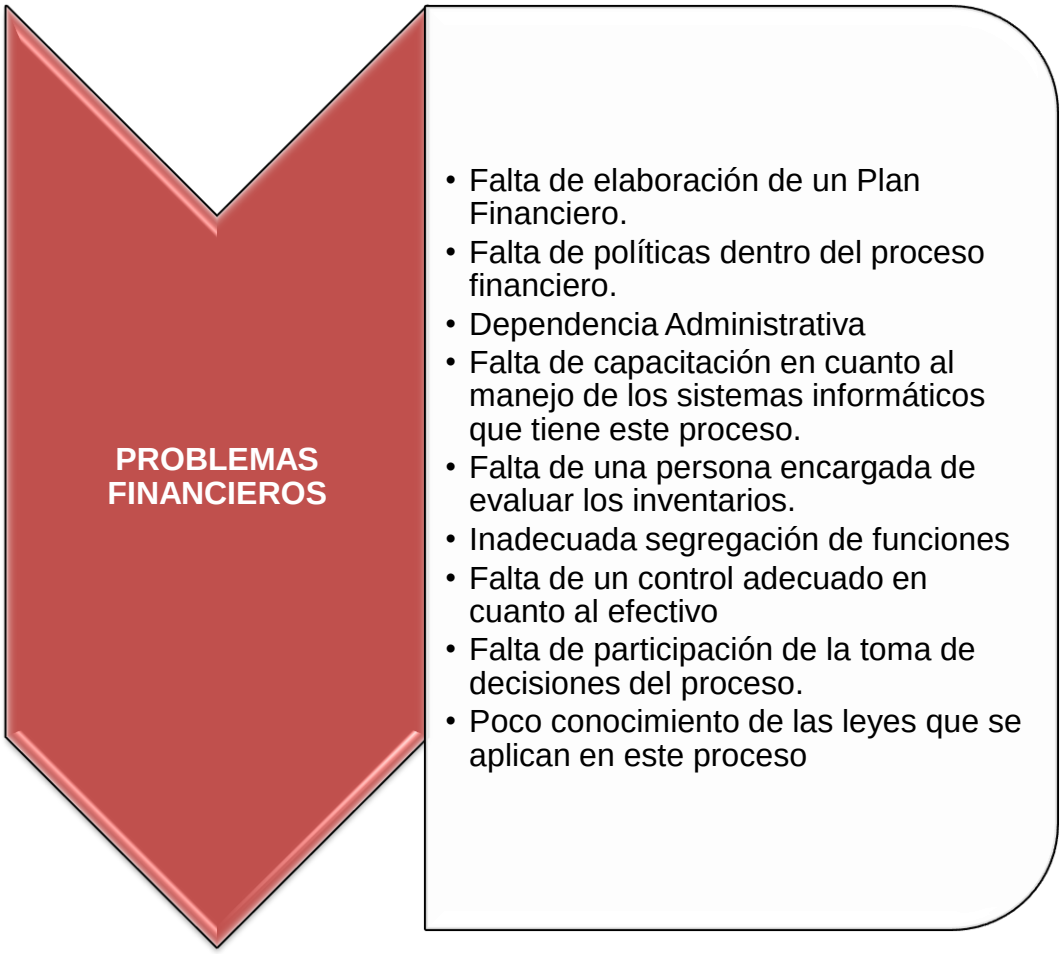
Los problemas administrativos y financieros, que se detallan a continuación fueron obtenidos a través de la aplicación de encuestas al personal que labora en los distintos procesos y tomando en consideración a los diferentes niveles existentes en dicha institución.

1.2.8.1.- Problemas administrativos



FUENTE: Encuestas, 2010
Elaborado por: Autora

1.2.8.2.- Problemas financieros



Fuente: Encuestas, 2010
Elaborado por: Autora

1.3.- SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Mediante conversación realizada con el Jefe del Área de Salud indicó que ésta entidad no tiene un sistema de control interno, además de no contar con la aplicación de manuales de procedimientos y políticas para cada proceso que forma parte de esta Área de Salud, impidiendo de esta manera administrar adecuadamente el recurso humano existente, causando sobre carga de funciones e impidiendo la realización de ciertas funciones.

CAPÍTULO II

2.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

2.1.- GENERALIDADES

"La economía el fin del siglo anterior y en el presente siglo XXI, es la de un mundo sometido a una especie de imperativo tecnológico; el proceso histórico ya no es monitoreado por el poder ejercido por "grandes potencias", sino por la innovación tecnológica.

Las tendencias dominantes de la dinámica social contemporánea son:

- *Aumento del desempleo*
- *La concentración del patrimonio*

Por esta realidad, en el mundo se están produciendo reformas e incluso transformaciones en los ámbitos políticos, económico y social, ya sea como producto del desarrollo humano o influenciado por avances de la ciencia y la tecnología, tendientes a satisfacer las necesidades básicas y suntuarias de la humanidad; estas situaciones obligan a los países se adhieran a un mundo globalizado, internacionalizado y multilateral.

En esta década, dos fuerzas diferentes dirigen el proceso hacia la globalización, la primera es la liberación, llamando al libre comercio; la segunda es la tecnología.

En el Ecuador vivimos entre ajuste financiero interno y ajustes macro económicos; los ingresos fiscales han aumentado pero el Estado sigue pobre, continua reclamando más recursos teniendo un déficit que puede tornarse inmanejable.

La deficiente situación financiera viene acompañada de un deterioro de la calidad de vida de los ecuatorianos"[15].

"El Ecuador sin duda no alcanza su capacidad de desarrollo económico, ni tampoco está preparado para participar en una economía mundial cada día más competitiva, junto a la pobreza, desigualdad, ha coexistido la corrupción administrativa que es

[15] Manual de Auditoría de Gestión, pág.1

una forma de injusticia social, lo que constituyen un freno para el desarrollo socio económico y funcionamiento de la democracia." [16].

2.1.1- ROL DEL ESTADO

"El Estado moderno deber ser: ágil, eficiente y descentralizado; con gran decisión y legitimidad, con atribuciones para fijar rumbos y entregar orientaciones; un Estado que al establecer normas que regulen el quehacer de todos los miembros de la sociedad, permite y potencia la iniciativa privada en su expansión libre y realizadora; así como hace realidad el principio de igualdad de oportunidad y mayor equidad social.

Es un Estado normativo por cuanto contempla reglas que son requisitos de calidad que delimitan el comportamiento social: estableciendo jerarquías, creando rangos, fijando límites y compensando desigualdades.

El Estado debe ser eficiente y efectivo en el uso de sus recursos, pero sobre todo el manejo de la "cosa pública" que no solo incluye aspectos económicos si no también: éticos, políticos, sociales, científicos, culturales, etc.

Es un Estado competidor, ya que la eficiencia y efectividad necesitan de la competencia para desarrollarse, toda vez que está implica desafíos, el Estado necesita agilidad para vencer obstáculos y alcanzar metas y así otorgar el mejor servicio a la comunidad.

En el Ecuador el proceso de modernización del Estado, es un hecho irreversible y de aplicación en toda la administración pública y por ende la Contraloría General del Estado (CGE), no se encuentra al margen de esta situación, por ello es necesario que la Institución emprenda este tipo de acciones con un nuevo enfoque de control, lo que implica un cambio estructural de visión al futuro y la obligatoriedad de contar con modernas técnicas de evaluación, control y auditoría pero a la vez es

[16] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 1

menester crear una cultura organizacional, potenciar el recurso humano mediante la capacitación continua y búsqueda permanente hacia la excelencia profesional"[17].

2.1.2.- CONTROL DE GESTIÓN

a) *DEFINICIONES DE GESTIÓN*

"Es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos.

Esto busca fundamentalmente la supervivencia y crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro del marco determinado por los objetivos y políticas establecidos por el plan de desarrollo estratégico e involucra a todos los niveles de responsabilidad de la entidad.

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

b) *DEFINICIÓN DE CONTROL*

Conjunto de mecanismos utilizados para lograr unos objetivos determinados.

c) *DEFINICIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN*

El control de gestión es el examen de eficiencia y eficacia de las entidades de la administración y los recursos públicos, determinada mediante la evaluación de los procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño y la identidad de la distribución del excedente que éstas producen, así como de los beneficios de su actividad.

[17] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 4,6,7

Antes de dar un concepto de Auditoría de Gestión es necesario definir lo que significa Auditoría y Gestión"[18].

2.1.3 PROPÓSITO DEL CONTROL DE GESTIÓN

Al Estado le corresponde proveer obras, servicios y bienes al pueblo como retribución a la contribución que éste realiza, mediante los tributos que entrega, es ahí donde nace su real derecho de exigir que los mismos sean de buena calidad, y entregados en forma oportuna a su servicio; pero también le interesa a la sociedad saber que la producción sea como consecuencia de una gestión pública gerenciada con una mentalidad empresarial, que procure la máxima productividad a un costo razonable que significa la utilización óptima de los recursos financieros materiales y humanos disponibles, evitando el desperdicio de los mismos o la apropiación indebida para fines particulares sin importar el perjuicio que se cause a la sociedad.

La gestión gubernamental, comprende todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento; además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia.

El Estado, al igual que en la actividad privada, requieren tener metas, misión, visión, poder medir resultados y evaluar su gestión en términos de eficiencia, eficacia y economía, para lo cual el Estado necesita implantar y profundizar una cultura de servicio.

2.1.4.- ÁMBITO Y OBJETIVO GENERAL DE LA GESTIÓN PÚBLICA

"La evaluación en los sistemas de control interno, se refiere a medir la economía, efectividad y eficiencia de las operaciones, para lo cual es necesario realizar un proceso de evaluación de los métodos que una entidad establece en forma periódica y sistemática sobre los controles para cumplir con las normas legales, buen uso y protección de los recursos.

[18] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 16,17

Se lo puede concebir de la siguiente manera:

Gestión Operativa.- Sectores de los servicios generales del estado, del desarrollo social y comunitario, de la infraestructura económica, productivo, financiero y de valores; y otros.

Gestión Financiera.- Presupuestaria, del crédito, tributaria, de caja o tesorería, contable y contratación pública.

Gestión Administrativa.- General, de bienes, de transporte y construcciones internas, de comunicaciones; de documentos (secretariado, biblioteca, imprenta, reproducción de documentos y otros), de seguridad limpieza y mensajería, de recursos humanos, de desarrollo social interno, e informática"[19].

2.1.5.- NIVELES DE DECISIÓN

GRÁFICO NO. 6

[19] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 18

2.1.6.- INSTRUMENTOS PARA EL CONTROL DE GESTIÓN

El control de gestión como cualquier sistema, posee unos instrumentos para entenderlo, manejarlo y evaluarlo, entre ellos se encuentran:

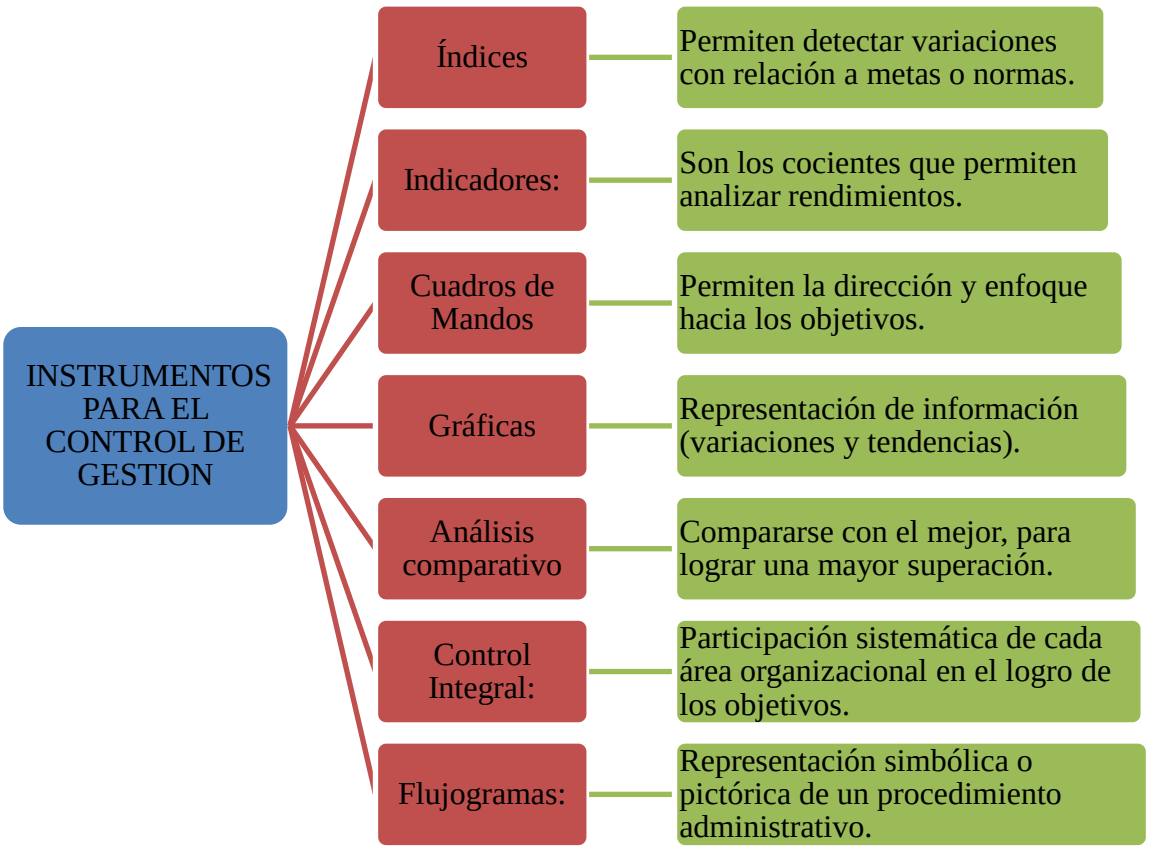


GRÁFICO No.7

2.1.7.- ELEMENTOS DE GESTIÓN

El Estado requiere de planificación estratégica y de parámetros e indicadores de gestión cuyo diseño e implantación lo realizarán los administradores de las instituciones públicas en razón de su responsabilidad social de rendición de cuentas y de demostrar su gestión y sus resultados, y la del auditor gubernamental evaluar la gestión, en cuanto a las cinco "E", esto es, economía, eficiencia, eficacia, ecología y ética, que a continuación se definen:

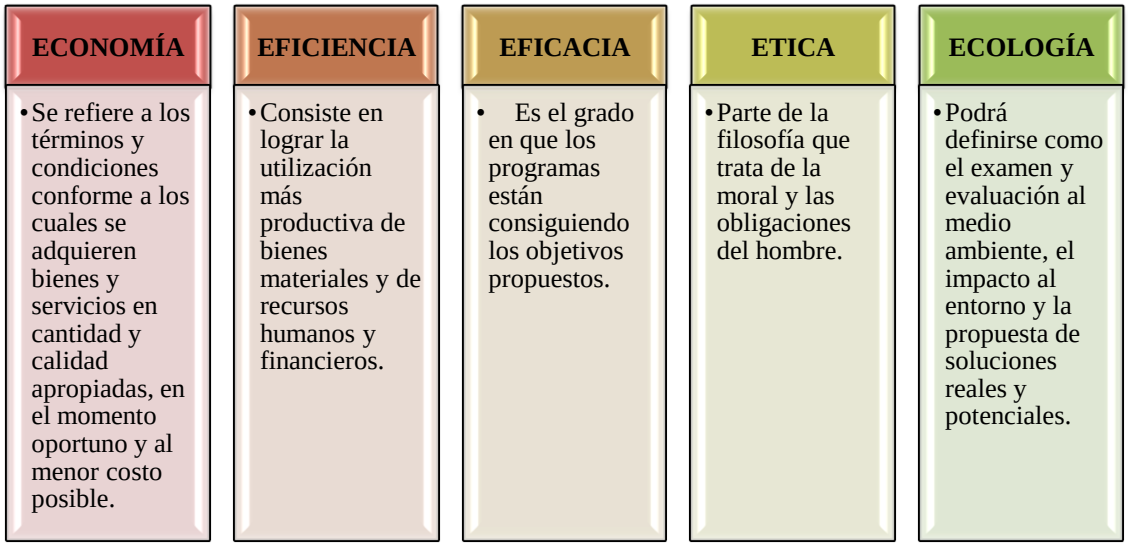


GRÁFICO No.8

Fuente: Manual de Auditoría de Gestión

2.1.8.- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

"Una herramienta muy útil, constituye un proceso estructurado y participativo, mediante el cual una organización apunta a la especificación de su misión, a la expresión de esta misión en objetivo, y al establecimiento de metas concretas de productividad y de gestión.

Como se sabe, determinar la misión de una organización, llámese Estado, institución o servicio es formalizar su propósito, esto es, su razón de ser.

Con todo, un aspecto importante es tratar de superar, el enunciado muchas veces formales e impreciso de la respectiva ley orgánica institucional, toda vez que, generalmente estas leyes son antiguas y casi siempre recogen solamente objetivos y funciones institucionales, pero no la misión que es distinta.

La definición de la misión debe constituirse en un proceso mucho más dinámico, abierto a la revisión de las funciones, necesidades, productos y grupos de usuarios del respectivo servicio.

Por su parte, los objetivos institucionales, constituyen una declaración formal de lo que el conjunto de actores desea alcanzar producto de la gestión institucional. Por lo general, en algunas entidades, los objetivos constituyen una declaración permanente de las aspiraciones institucionales en el futuro, o bien en otras, contemplan los propósitos de mediano y largo plazo a ser cumplidos mediante la gestión institucional.

Los objetivos institucionales surgen como respuesta a una pregunta esencial:

¿Qué debemos hacer en el mediano y largo plazo, o en forma permanente, para que la institución tenga un accionar coherente con su misión?
Por lo tanto, tienen que ser relevantes a la actividad institucional, tanto en su impacto hacia el interior de la organización en cuanto a reestructuración, planificación, procesos productivos, etc.; como también hacia el exterior, en cuanto a lograr mayor cobertura, mejorar la calidad y oportunidad del servicio, etc.

Las metas de productividad son la expresión de lo que se quiere alcanzar en cada área o sector, en término de productos o servicios puestos a disposición de los usuarios.

Las metas de gestión se refieren básicamente a la calidad de los procesos que dan lugar a la obtención de dichas actividades o productos. La meta puede ser interna (eficacia y eficiencia), o externa (calidad del servicio).

Una meta de gestión debe contener el propósito de mejorar los procesos institucionales en alguna de sus dimensiones, esto es: calidad, eficiencia, eficacia y economía''[20].

[20] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 24,25

2.1.9.- ALCANCE Y ORIENTACIÓN DEL CONTROL DE GESTIÓN

GRÁFICO No.9

Fuente: Manual de Auditoría de Gestión

2.1.10.- CONTROL GUBERNAMENTAL

"El Estado no es solamente solo la expresión de normas, sino también de las instituciones que lo componen y de las personas que lo integran, y en ese contexto el servicio público tiene dos sentidos que determinan el compromiso y la responsabilidad de quienes ejercen y laboran en él, uno dice relación con la calidad y calidad del servicio que se presta, el otro, tiene relación con la obligación de responder por el uso de los recursos,

su protección y mantenimiento; y que tanto el administrador político del estado, es decir los mandatarios elegidos, como a su vez los funcionarios que trabajan para el Estado; son responsables y deben responder por la forma como dan cumplimiento a estos dos aspectos del servicio público.

Para pronunciarse, la ciudadanía, necesita conocer y estar enterada de los resultados de la gestión de sus mandatarios, ya que las distintas opciones, la variedad de alternativas y las prioridades, implican decisiones que involucran atención parcial o global de las necesidades.

El ámbito y el papel del Estado cambian a través de la historia, se modifica en el mediano y largo plazo; en forma similar sucede con el control estatal, depende de concepciones ideológicas, factores políticos, sociales, nacionales e internacionales. Al control estatal se lo puede clasificar así:

- ✓ *Según el tiempo en que se aplica: Previo, continuo y posterior*
- ✓ *Según el sujeto activo: Interno y externo*
- ✓ *Según la materia: Político, tributario, fiscal, gubernamental, financiero, económico, social, constitucional y jurídico"*[21].

2.2.- FUNDAMENTOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO

La Constitución Política de la República del Ecuador, establece que la Contraloría General del Estado realizará auditorías de gestión a las entidades y organismos del sector público, sus servidores y se pronunciará sobre la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados institucionales.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La constitución Política de la República del Ecuador, estipula en sus artículos:

Art. 204: "El pueblo es el mandante y primer fiscalizador del poder público, en ejercicio de su derecho a la participación.

[21] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 29

La función de transparencia y control social promoverá e impulsará el control de las entidades y organismos del sector público, y de las personas naturales o jurídicas del sector privado que presten servicios o desarrollen actividades de interés público, para que los realicen con responsabilidad, transparencia y equidad; fomentará e incentivará la participación ciudadana; protegerá el ejercicio y cumplimiento de los derechos; y prevendrá y combatirá la corrupción.

La función de transparencia y control social estará formada por el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, la defensoría del pueblo, la Contraloría General del Estado y las Superintendencias.

Estas entidades tendrán personalidad jurídica y autonomía administrativa, financiera, presupuestaria y organizativa."[22]

Art. 205: "Los representantes de las entidades que forman parte de la función de transferencia y control social ejercerán sus funciones durante un periodo de cinco años, tendrán fuero de corte nacional y estarán sujetos a enjuiciamiento político de la asamblea nacional. En caso de darse este enjuiciamiento, y de procederse a la destitución, se deberá realizar un nuevo proceso de designación. En ningún caso la función legislativa podrá designar al reemplazo.

Sus máximas autoridades deberán ser ecuatorianos o ecuatorianas en goce de los derechos políticos y serán seleccionadas mediante concurso público de oposición y meritos en los casos que proceda, con postulación de veeduría e impugnación ciudadana"[23].

Art. 211: "La Contraloría General del Estado es un organismo técnico encargado del control de la utilización de los recursos estatales, y la consecución de los objetivos de las instituciones del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos"[24].

La Contraloría General del Estado es un organismo técnico dotado de personalidad jurídica y autonomía administrativa, financiera, presupuestaria y organizativa,

[22] Constitución Política de la República del Ecuador, Pág. 103-104
[23] Constitución Política de la República pág. 104
[24] Constitución Política de la República pág. 107-108

dirigido y representado por el Contralor General del Estado, quien desempeñará sus funciones durante cinco años.

Tiene atribuciones para controlar la utilización de los recursos estatales, y la consecución de los objetivos de las instituciones del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos.

Además, la ley de presupuestos del sector público, en su artículo 46 manifiesta que el control externo de los recursos de los presupuestos del Sector Público, es competencia de la Contraloría General del Estado, que lo realizará obligatoriamente de manera previa, durante y posterior al proceso de ejecución de los presupuestos.

Es en este contexto que la Contraloría General del Estado, como organismo técnico de control, cumple con las funciones a ella encomendadas ya sea efectuando auditorías de gestión, financieras, de carácter técnico o bien exámenes especiales de los recursos financieros, materiales y humanos, en base a un plan anual de actividades.

IMPORTANCIA DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO

Si bien es cierto este tipo de auditorías en nuestro país, no se las practica con mucha frecuencia por lo general se realizan auditorías para dictaminar estados financieros y auditorías operativas.

Esta auditoría es importante ya que tanto los funcionarios, directores, y ciudadanos necesitan conocer y estar enterados sobre los resultados de la gestión en cuanto a la eficiencia, eficacia, economía de los mandatarios, directores y administradores; así como las distintas alternativas, prioridades y la atención de las necesidades de los recursos públicos mediante la evaluación de los procesos administrativos.

Es importante también porque se trata de aumentar o conseguir un nivel máximo de productividad a un costo razonable; es decir con una óptima utilización de los recursos tanto humanos como materiales.

AUDITORÍA DE GESTIÓN:

La Contraloría General del Estado en la ley orgánica define a la auditoría de gestión:

> *"Es la acción fiscalizadora dirigida a examinar y evaluar el control interno y la gestión, utilizando recursos humanos de carácter multidisciplinario, el desempeño de una institución, ente contable, o la ejecución de programas y proyectos con el fin de determinar si dicho desempeño o ejecución, se está realizando, o se ha realizado, de acuerdo a los principios y criterios de economía, efectividad y eficiencia.*
> *Este tipo de auditoría examinará y evaluará los resultados originalmente esperados y medidos de acuerdo con los indicadores institucionales y de desempeño pertinentes.*
>
> *Constituirán objeto de la auditoría de gestión: el proceso administrativo, las actividades de apoyo, financieras y operativas, la eficiencia, efectividad y economía en el empleo de los recursos humanos, materiales, financieros, ambientales, tecnológicos y de tiempo; y, el cumplimiento de las atribuciones, objetivos y metas institucionales.*
>
> *A diferencia de la auditoría financiera, el resultado de la fiscalización mediante la Auditoría de Gestión no implica la emisión de una opinión profesional, sino la elaboración de un informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones pertinentes."*[25]

[25] Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, reformas y reglamento; art. 21; pág. 16 y 17

AUDITORÍA DE GESTIÓN	
NO ES	ES
La opinión del auditor sobre la marcha general de la entidad sin base técnica	La conclusión general del auditor sobre el accionar contrastando sus 5 Es contra las pautas o normas establecidas para una solida gestión, para las operaciones específicas y para el campo técnico de actividad.
Una revisión por un auditor de actividades fuera de su capacidad técnica	Una revisión por un auditor asesorada por profesionales de otras disciplinas, cuando sea necesario, aplicando criterio técnico gerencial sin extenderse a áreas muy especializadas.
Un proceso de juicio sobre las decisiones diarias de los administradores y funcionarios.	Un proceso de evaluaciones que concluye con la formulación de una opinión sobre las 5 Es de las decisiones de los administradores y funcionarios de la entidad, durante un periodo.
Una evaluación aislada de acciones individuales	Un examen y evaluación global, en forma compresiva de las 5 Es de la administración integral de la entidad.
Un examen dirigido a censurar la administración de la entidades	Un examen dirigido a asesorar a la entidad que no ha logrado el cumplimiento de las 5 Es.
Una fiscalización "administrativa" que busca encontrar únicamente irregularidades.	Un examen positivo de recomendaciones para posibles mejoras en las 5 Es (eficiencia, efectividad, economía, ética y ecología.

Fuente: Milton K, Maldonado

2.3.- PROPÓSITOS, OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

2.3.1.- PROPÓSITOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

Entre los propósitos tenemos a los siguientes:

- Determinar si todos los servicios prestados, obras y bienes entregados son necesarios y, si es necesario desarrollar nuevos; así como, efectuar sugerencias sobre formas más económicas de obtenerlos.

- Determinar lo adecuado de la organización de la entidad; la existencia de objetivos y planes coherentes y realistas; la existencia y cumplimiento de políticas adecuadas; la existencia y eficacia de métodos y procedimientos adecuados; y, la confiabilidad de la información y de los controles establecidos.

- Comprobar si la entidad adquiere, protege y emplea sus recursos de manera económica, eficiente y si se realizan con eficiencia sus actividades y funciones.

- Cerciorarse si la entidad alcanzó los objetivos y metas previstas de manera eficaz, si son eficaces los procedimientos de operación y de controles internos.

- Conocer las causas de ineficiencias o prácticas antieconómicas.

2.3.2.- OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

Los principales objetivos son:

- ❖ Promover la optimización de los niveles de eficiencia, eficacia, economía, calidad e impacto de la gestión pública
- ❖ Determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas.
- ❖ Verificar el manejo eficiente de los recursos.
- ❖ Promover el aumento de la productividad, procurando la correcta administración del patrimonio público.
- ❖ Satisfacer las necesidades de la población

2.3.3.- ALCANCE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO

> *"La auditoría de gestión examina en forma detallada cada aspecto operativo de la organización, por lo que, en la determinación del alcance debe considerarse lo siguiente:*
>
> *a) Logro de los objetivos institucionales; nivel jerárquico de la entidad; la estructura organizativa; y, la participación individual de los integrantes de la institución.*
> *b) Verificación del cumplimiento de la normatividad tanto general como específica y de procedimientos establecidos.*

c) Evaluación de la eficiencia y economía en el uso de los recursos, entendido como rendimiento efectivo, o sea operación al costo mínimo posible sin desperdicio innecesario; así como, de la eficacia en el logro de los objetivos y metas, en relación a los recursos utilizados.

d) Medición del grado de confiabilidad, calidad y credibilidad de la información financiera y operativa.

e) Atención a la existencia de procedimientos ineficaces o más costosos; duplicación de esfuerzos de empleados u organizaciones; oportunidades de mejorar la productividad con mayor tecnificación; exceso de personal con relación al trabajo a efectuar; deficiencias importantes, en especial que ocasionen desperdicio de recursos o perjuicios económicos.

f) Sobre el alcance de la auditoría, debe existir acuerdo entre los administradores y auditados; el mismo debe quedar bien definido en la fase de conocimiento preliminar, porque permite delimitar el tamaño de las pruebas o sea la selección de la muestra y el método aplicable, además medir el riesgo que tiene el auditor en su trabajo"[26].

2.4.- ENFOQUE DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

"Es una Auditoría de Economía y Eficiencia porque está orientada hacia la verificación de que se hayan realizado adquisiciones de recursos en forma económica (insumos) y su utilización eficiente o provechosa en la producción de bienes, servicios u obra, expresada en una producción maximizada en la cantidad y calidad producida con el uso de una determinada y mínima cantidad de recursos, es decir, incrementar la productividad con la reducción de costos.

Es una auditoría de eficacia porque está orientada a determinar el grado en que una entidad, programa o proyecto están cumpliendo los objetivos, resultados o beneficios preestablecidos, expresados en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc.

Es una auditoría con enfoque Gerencial-Operativo y de resultados, porque evalúa la gestión realizada para la consecución de los objetivos y metas mediante la ejecución de planes, programas, actividades,

[26] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 37

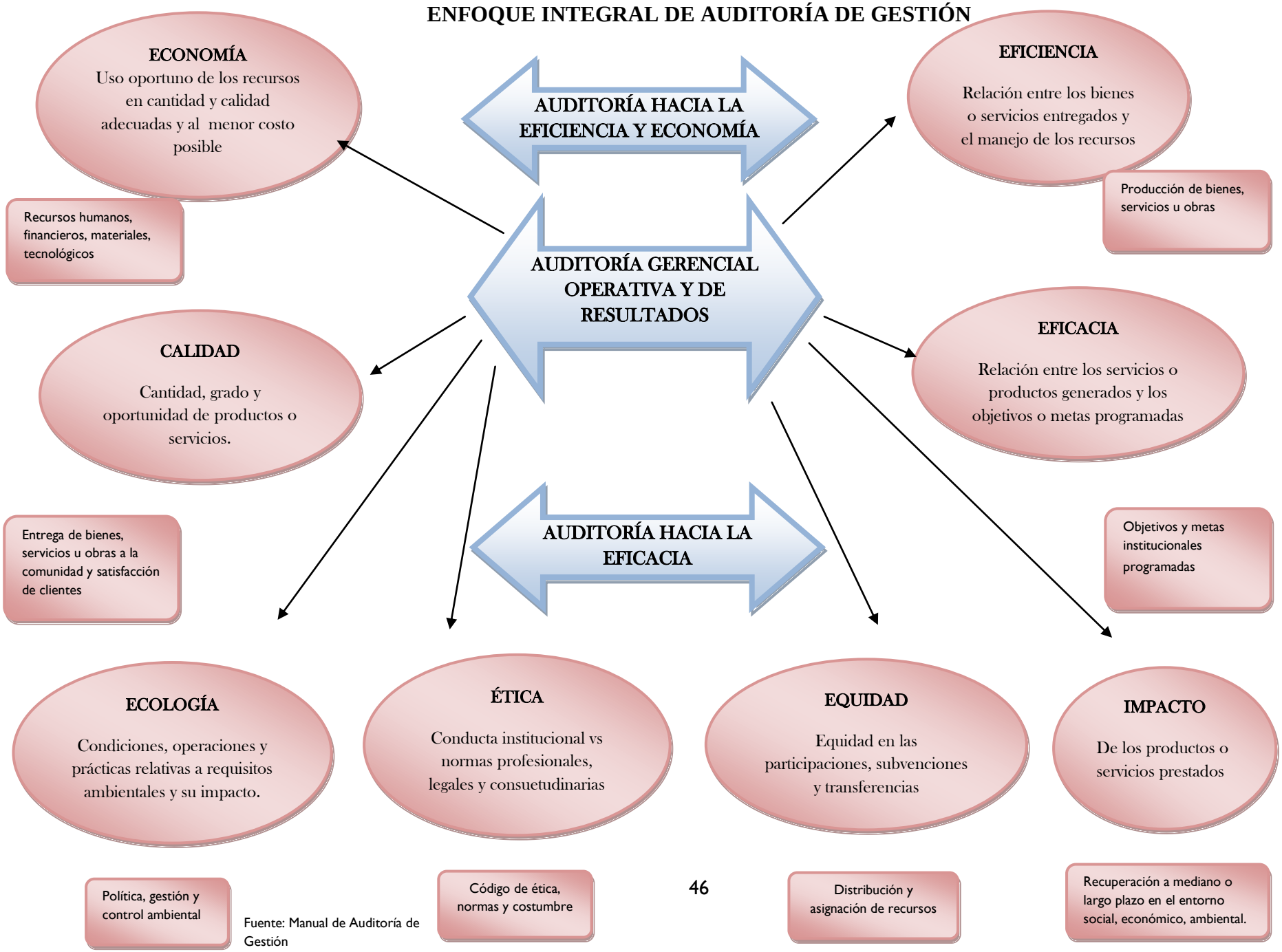
proyectos y operaciones de una entidad, expresados en la producción de bienes, servicios y obras en la calidad y cantidad esperados, que sean socialmente útiles y cuyos resultados sean medibles por su calidad e impacto.''[27]

Esta auditoría está orientada hacia el cumplimiento de la normativa vigente, eficacia en el logro de los objetivos provinciales planteados; la eficiencia y economía en el uso de recursos utilizados en las acciones relativas a la planificación estratégica y operativa; así como el grado de cumplimiento y satisfacción de los macro objetivos institucionales en cuanto a planificación.

Este enfoque de la auditoría ha modificado la percepción acerca del rol del auditor en el sector público, al que ya no se lo conceptúa sólo como un mero especialista cuya misión principal es la detección de fallas y errores en la gestión de las entidades, sino también como un profesional que participa con una actitud proactiva hacia el logro de los objetivos del organismo. De esta forma el auditor, a través de su actividad de control, realiza un aporte valioso al proceso de mejora continua que debe caracterizar a la filosofía de la nueva administración gubernamental.

[27] Manual de Auditoría de Gestión; Contraloría General del Estado; pág. 38

ENFOQUE INTEGRAL DE AUDITORÍA DE GESTIÓN



Fuente: Manual de Auditoría de Gestión

2.5.- HERRAMIENTAS DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

2.5.1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

"Para la ejecución de auditorías de gestión es necesario la conformación de un equipo multidisciplinario, que dependiendo de la naturaleza de la entidad y de las áreas a examinarse, a más de los auditores profesionales, podría estar integrado por especialistas en otras disciplinas, tales como: ingenieros, abogados, economistas, sicólogos, médicos, etc.

a) ***AUDITORES***

De éste grupo, entre los dos más experimentados, se designa al jefe de grupo y al supervisor, quienes tendrán la máxima e íntegra responsabilidad de la auditoría de gestión.

b) ESPECIALISTAS

Estos profesionales a más de su capacidad deben tener la independencia necesaria con relación a la entidad objeto de la auditoría, a fin de obtener mayor confianza de que su trabajo será ejecutado con total imparcialidad.

Es conveniente que los equipos multidisciplinarios se conformen en las direcciones o departamentos de auditoría, los especialistas podrían participar incluso en la Fase de Planificación"[28].

2.5.2.- CONTROL INTERNO

"El control interno constituye un proceso aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada institución, que proporciona seguridad razonable de que se protegen los recursos públicos y se alcancen los objetivos institucionales. El control interno será responsabilidad de cada institución del Estado y tendrá como finalidad primordial crear las

[28] Manual de Auditoría de Gestión , Pág. 42

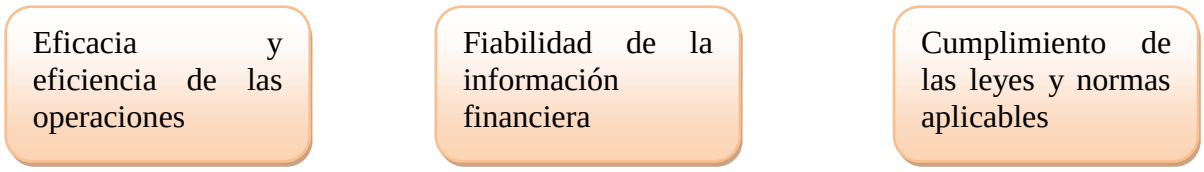
condiciones para el ejercicio del control externo a cargo de la Contraloría General del Estado."[29]

"Para fines de la auditoría de gestión, se denomina estructura de control interno al conjunto de planes, métodos y procedimientos, incluyendo la actitud de dirección de una entidad, para ofrecer seguridad razonable respeto a que están lográndose los objetivos de control interno. El concepto moderno del control interno discurre por componentes y diversos elementos los que se integran en el proceso de gestión y operan en distintos niveles de efectividad y eficiencia.

Los controles internos se implantan con el fin de detectar, en el plazo deseado, cualquier desviación respecto a los objetivos de rentabilidad establecidos en la empresa y de eliminar sorpresas"[30].

El control interno es un proceso efectuado por:

El control interno es diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:



Estructura de control interno

Seguridad razonable del sistema de control interno

Componentes del sistema de control interno

Métodos de evaluación del control interno

[29] Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; art. 9; pág. 13
[30] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 43

2.5.2.1.- Componentes del sistema de control interno

Los componentes del sistema de control interno pueden considerarse como un conjunto de normas que son utilizadas para evaluar el control interno y determinar su efectividad.
Según el método COSO, el sistema de control interno tiene cinco componentes:

- Entorno de control
- Evaluación de los riesgos
- Actividades de control
- Información y comunicación.
- Supervisión

A) ENTORNO DE CONTROL

Se refiere al medio ambiente en que se desenvuelve la entidad, con su filosofía empresarial, los atributos del personal especialmente su integridad, valores éticos y profesionalismo con el cual trabajan.

El personal resulta ser la esencia de cualquier entidad, al igual que sus atributos individuales, constituyendo el motor que la conduce y la base sobre la que todo descansa el ambiente de control tienen gran influencia en la forma en que son desarrolladas las operaciones, se establecen los objetivos y estiman los riesgos, así como tiene relación con el comportamiento de los sistemas de información y con las actividades de monitoreo.

Elementos que conforman el entorno de control

Los elementos que conforman el entorno de control son:

- Integridad y valores éticos
- Autoridad y responsabilidad
- Estructura organizacional
- Políticas de personal

ELEMENTO	DEFINICIÓN
Integridad y valores éticos	Reflejan la integridad de la dirección y su compromiso con los valores éticos, que son producto de una "cultura corporativa" expresadas en las normas de ética y comportamiento.
Autoridad y responsabilidad.	Comprende tanto la asignación de autoridad y responsabilidad para las actividades de gestión como para el establecimiento de las relaciones de jerarquía y de las políticas de autorización.
Estructura organizacional	Una estructura organizacional bien diseñada proporciona una base para la planificación, la dirección y las operaciones de control. Esta divide la autoridad, responsabilidad y los deberes entre los miembros entre los miembros de una organización.
Políticas de personal	Se refieren a las prácticas aplicadas en el campo de los recursos humanos que indican a los funcionarios y empleados los niveles de integridad, comportamiento ético y competencia que se espera de ellos; pero también se relacionan con las acciones de contratación, orientación, formación, evaluación, asesoramiento, promoción, remuneración y corrección.

TABLA No.4

B) EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

"Es una actividad que debe practicar la dirección en cada entidad gubernamental, pues ésta debe conocer los riesgos con los que se enfrenta; debe fijar objetivos, integrar las actividades de ventas, producción, comercialización, etc., para que la organización funcione en forma coordinada; pero también debe establecer mecanismos para identificar, analizar y tratar los riesgos correspondientes.

La evaluación de riesgo consiste en la identificación y análisis de los factores que podrían afectar la consecución de los objetivos, a base del cual se determina la forma en que los riesgos deben ser subsanados,

implica el manejo del riesgo relacionado con la información que genera y que puede incidir en el logro de los objetivos de control interno en la entidad; este riesgo incluye eventos o circunstancias que pueden afectar su confiabilidad de la información sobre las actividades y la gestión que realiza la dirección y administración.

Los riesgos afectan la habilidad de cada entidad para sobrevivir, competir con éxito dentro de su sector, mantener una posición financiera fuerte y una imagen pública positiva, así como la calidad global de sus productos, servicios u obras; no existe ninguna forma práctica de reducir el riesgo a cero, pues el riesgo es inherente a una actividad institucional; no obstante, compete a la dirección determinar cuál es el nivel de riesgo aceptable"[31].

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

ELEMENTO
Identificación de los objetivos del control interno
Identificación de los riesgos internos y externos
Los planes deben incluir objetivos e indicadores de rendimiento
Evaluación del medio ambiente

Una vez identificado los riesgos de la entidad y por actividades cabe un análisis de los riesgos cuyo proceso incluye:

- Una estimación de la importancia del riesgo
- Una evaluación de la probabilidad (o la frecuencia) de que se materialice el riesgo.
- Un análisis de cómo solventar el riesgo señalando las medidas que deben adoptarse.

C) ACTIVIDADES DE CONTROL

Son acciones diseñadas e implantadas para ejercer el control en todos los niveles, según la complejidad de las operaciones o los aspectos a controlar.

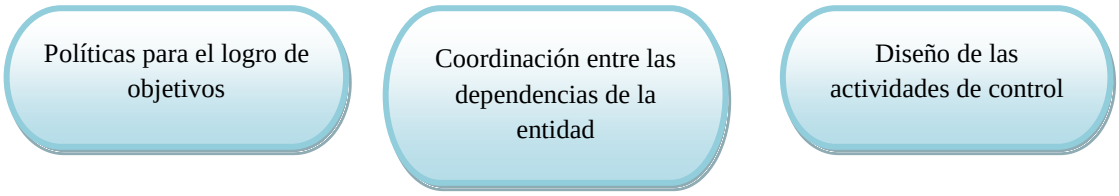
[31] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 47

"Las actividades de control consisten en las políticas y los procedimientos tendientes a asegurar a que se cumplan las directrices de la dirección, a que se tomen las medidas necesarias para afrontar los riesgos que podrían afectar la consecución de los objetivos"[32].

Estas actividades se llevan a cabo en cualquier parte de la organización, en todos sus niveles y en todas sus funciones y comprenden una serie de actividades de diferente índole, como aprobaciones y autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, el análisis de los resultados de las operaciones, salvaguardar de activos y la segregación de funciones.

Son importantes porque implican la forma correcta de hacer las cosas, para lo cual se valen de políticas y procedimientos.

Elementos conformantes de las actividades de control gerencial son:



Entre los tipos de actividades de control, se encuentran las siguientes:

- **Análisis efectuado por la dirección.-** Los resultados obtenidos se analizan comparándolos con los presupuestos, las previsiones de entidades similares, con el fin de evaluar con qué medida se están alcanzando los objetivos.

- **Gestión directa de funciones por actividades.-** Los responsables de las diversas funciones o actividades revisan los informes sobre resultados alcanzados.

- **Proceso de información.-** Se realiza una serie de controles para comprobar, la exactitud, totalidad y autorización de las transacciones.

- **Controles físicos.-** Los activos fijos, efectivo en caja y bancos, otros activos son objeto de protección y periódicamente se someten a constataciones físicas, cuyos resultados se comparan con la información contable.

[32] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 50

- **Indicadores de rendimiento.-** El análisis combinado de diferentes conjuntos de datos operativos o financieros junto con la puesta en marcha de acciones correctivas, constituyen actividades de control.
- **Segregación de funciones. -** Con el fin de reducir el riesgo que se cometan errores o irregularidades las tareas se reparten entre los empleados.

> *"En la evaluación del componente actividades de control se debe considerar el contexto de las directrices establecidas por la dirección para afrontar los riesgos relacionados con las actividades de cada actividad importante, tomando en cuenta la relación de éstas con el proceso de evaluación de riesgos y si son apropiadas para asegurar que las directrices de la dirección se cumplan"*[33].

D) INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Todas las entidades obtienen información relevante, de tipo operacional, financiera, cumplimiento que posibilite la dirección, el control de la entidad, y de otro tipo, relacionada con las actividades y acontecimientos internos y externos.
La información y comunicación está constituida por, los métodos y registros establecidos para: registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones financieras de una entidad.

La calidad de la información que brinda el sistema afecta la capacidad de la gerencia para adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la entidad.

En el sector público el sistema integrado de información financiera debe pretender el uso de una base de datos central y única, soportada por tecnología informática y telecomunicaciones, accesible para todos los usuarios de las áreas de presupuesto, tesorería, endeudamiento y contabilidad.

[33] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 50

La calidad de información generada por el sistema afecta a la capacidad de la dirección de tomas decisiones adecuadas al gestionar y controlar las actividades de la entidad.

> *"La comunicación, es inherente a los sistemas de información que deben proporcionar información a las personas adecuadas, de forma que éstas puedan cumplir con sus responsabilidades operacionales, de información financiera o de cumplimiento, sin embargo, también debe existir una comunicación más amplia que aborde las expectativas y responsabilidad de las personas y los grupos, y otros aspectos importantes para la entidad.*
>
> *La comunicación implica proporcionar un apropiado conocimiento sobre los roles y responsabilidades individuales involucradas en el control interno de la información financiera; esta comunicación se materializa en manuales de políticas, memorias, avisos, carteleras, anuncios o mensajes en video o verbales, etc.*
>
> *La comunicación interna se refiere a que además de recibir la información necesaria para llevar a cabo sus actividades, todo el personal, especialmente los funcionarios con responsabilidades importantes en la gestión operativa o de finanzas, debe recibir el mensaje claro desde la alta dirección en el sentido de que debe tomar en serio sus funciones afectas al control interno, asegurando la eficacia en la comunicación. La comunicación externa debe ser eficaz como la interna, tiene que disponer de líneas abiertas de comunicación donde usuarios de sus bienes, servicios u obras puedan aportar con información de gran valor sobre la calidad de los mismos, permitiendo que la entidad responda a los cambios en las preferencias y exigencias del público"*[34].

La evaluación del componente de información y comunicación debe considerar los siguientes aspectos:

[34] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 52-53

a) **INFORMACIÓN.-** La obtención de información interna y externa, y el suministro a la dirección de los informes relacionados a los objetivos establecidos; el suministro de información a las personas adecuadas con el suficiente detalle y oportunidad; el desarrollo o revisión de los sistemas de información basado en un plan estratégico para lograr los objetivos generales y por actividad; y, el apoyo de la dirección al desarrollo de los sistemas de información entregando los recursos humanos y financieros necesarios.

b) **COMUNICACIÓN. -** La comunicación eficaz al personal sobre sus funciones y actividades de control; el establecimiento de líneas para denuncias; la sensibilidad de la dirección ante las propuestas del personal para mejorar la productividad, la calidad, etc.; la adecuada comunicación horizontal entre unidades administrativas; el nivel de apertura y eficacia en las líneas de comunicación con el público y terceros relacionados; el nivel de comunicación con terceros de las normas éticas de la entidad; y, el seguimiento de la dirección sobre las informaciones recibidas de los usuarios, de los organismos de control y de otros.

E) SUPERVISIÓN

"Todo el proceso de control interno debe ser permanentemente supervisado con el fin de tomar medidas correctivas de manera oportuna y cambiar según las circunstancias.

Es necesario realizar una supervisión de los sistemas de control interno evaluando la calidad de su rendimiento, mediante el seguimiento de las actividades de supervisión continuada, evaluaciones periódicas o una combinación de las dos.

Los sistemas de control interno y su aplicación permanentemente evolucionan, por lo que la dirección tendrá que determinar si el sistema de control interno es en todo momento adecuado y su capacidad de asimilar los nuevos riesgos; el proceso de supervisión asegura que el control interno continúa funcionando adecuadamente.

Debe orientarse a la identificación de controles débiles, insuficientes o necesarios, para promover su reforzamiento"[35].

Los elementos que conforman el monitoreo de actividades son:

Entre las actividades de supervisión continuada tenemos las siguientes:

"- Los diferentes directores de operación comprueban que el sistema de control interno continúa funcionando a través del cumplimiento de sus funciones de gestión.

- Las comunicaciones recibidas de terceros confirman la información generada internamente o señalan la existencia de problemas.

- Una estructura adecuada y unas actividades de supervisión apropiadas permiten comprobar las funciones de control e identificar las deficiencias existentes.

- Los datos registrados por los sistemas de información se comparan con los activos físicos.

- Los auditores internos y externos periódicamente proponen recomendaciones encaminadas a mejorar los controles internos.

[35] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 54

- Los seminarios de formación, las sesiones de planificación y otras reuniones permiten a la dirección obtener información importante respecto de la eficacia de los controles.

- Encuestar al personal sobre si comprenden y cumplen el código de conducta de la entidad.

.

La evaluación del componente Supervisión, requieren que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- En la supervisión continuada.- Si el personal cuando desarrolla sus actividades se entera del funcionamiento adecuado del control interno; la medida en que las comunicaciones de terceros corroboran la información interna o alertan sobre los problemas; comparaciones periódicas entre la información contable con los activos físicos; la receptibilidad de las recomendaciones de los auditores internos y externos; oportunidad de que en seminarios y otras reuniones provean a la dirección una opinión sobre el funcionamiento de los controles; encuestas periódicas al personal sobre el cumplimiento del código de conducta y de las tareas de control críticas; y la eficacia de las actividades de la auditoría interna.

- En la evaluación puntual.- El alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno; idoneidad del proceso de evaluación, Si la metodología para evaluar el sistema es lógica y adecuada; y adecuado volumen y calidad de la documentación.

- La comunicación de las deficiencias.- Existencia de un mecanismo para recoger y comunicar cualquier deficiencia detectada en el control interno; idoneidad de los procedimientos de comunicación; e idoneidad de las acciones de seguimiento"[36].

[36] Manual de Auditoría de Gestión, pág. 53-54

F) MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Para la evaluación de control interno se utiliza diversos métodos, entre los más conocidos los siguientes:

1. CUESTIONARIOS

Consiste en la evaluación con base a preguntas, las cuales deben ser contestadas por parte de los responsables de las distintas áreas bajo examen.

La aplicación de cuestionarios ayudará a determinar las áreas críticas de una manera uniforme y confiable.

2. DESCRIPTIVO O NARRATIVO

Consiste en la descripción detallada de los procedimientos más importantes y las características del sistema que se está evaluando; estas explicaciones se refieren a funciones, procedimientos, registros, formularios, archivo, empleados y departamentos que intervienen en el sistema.

3. FLUJOGRAMAS

Es un diagrama, una representación simbólica de un sistema o una serie de procedimientos en donde cada procedimiento es mostrado en secuencia.
Consiste en relevar y describir la estructura orgánica de las áreas en examen y de los procedimientos a través de sus distintos departamentos y actividades.
La ventaja de un diagrama de flujo sobre un cuestionario o una narración es que el diagrama de flujo proporciona un retrato más claro, más específico del sistema.

2.5.3.- RIESGOS DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

> *"El riesgo de auditoría se define como la posibilidad de emitir un informe de auditoría incorrecto por no haber detectado errores o irregularidades significativas que modificarían el sentido de la opinión vertida en el informe.*

La susceptibilidad a la existencia de errores o irregularidades puede presentarse a distintos niveles.

Analizar su presencia ayuda a evaluar y manejar en forma más adecuada, la implicancia que determinado nivel de riesgo tiene sobre la labor de auditoría a realizar"[37].

Al ejecutarse la auditoría de gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes que afecten los resultados del auditor expresados en su informe.

CATEGORÍAS DE RIESGO DE AUDITORÍA

En este tipo de auditoría debemos considerar también los tres componentes de riesgo.

1. RIESGO INHERENTE

De que ocurran errores importantes generados por las características de la entidad u organismo.

El riesgo inherente está totalmente fuera de control por parte del auditor.

Difícilmente se puedan tomar acciones que tiendan a eliminarlo porque es propio de la operación del ente.

"Factores que determinan el riesgo inherente

Entre los factores que determinan la existencia de un riesgo inherente se puede mencionar:

[37] Auditoría de Gestión; Maldonado, Milton; pág. 47

- *La naturaleza del negocio; el tipo de operaciones que se realizan y el riesgo propio de las operaciones; volumen de las transacciones.*
- *La situación económica y financiera del ente.*
- *La organización gerencial, sus recursos humanos y materiales; la integridad de la gerencia y la calidad de los recursos que el ente posee.*
- *La predisposición de la gerencia a establecer adecuados y formales sistemas de control, su nivel técnico y la capacidad demostrada en el personal clave, son elementos que deben evaluarse al medir el riesgo inherente"*[38].

2. RIESGO DE CONTROL

Es el riesgo de que los sistemas de control interno estén incapacitados para detectar o evitar irregularidades significativas en forma oportuna.
De que el sistema de control interno prevenga o corrija tales errores.

"Factores que determinan el riesgo control

Entre los factores que determinan la existencia de un riesgo de control se puede mencionar:

- *Sistemas de información, contabilidad y control*
- *Existencia de puntos débiles de control que implicaría "a priori", la existencia de factores que incrementan el riesgo de control*
- *La tarea de evaluación del riesgo de control está íntimamente relacionada con el análisis de los sistemas"*[39].

3. RIESGO DE DETECCIÓN

Es el riesgo de que los procedimientos de auditoría seleccionados no detecten errores o irregularidades existentes.

[38] Milton K. Maldonado, AUDITORÍA DE GESTIÓN pág. 48
[39] Milton K. Maldonado, AUDITORÍA DE GESTIÓN pág. 48

De que los errores no identificados por los errores de Control Interno tampoco sean reconocidos por el auditor.

A diferencia de los dos riesgos mencionados anteriormente, el riesgo de detección es totalmente controlable por la labor del auditor y depende exclusivamente de la forma en que se diseñen y lleven a cabo los procedimientos de auditoría.

"Factores que determinan el riesgo de detección

Entre los factores que determinan la existencia de un riesgo de detección se relaciona con:

La ineficiencia de un procedimiento de auditoría aplicado

La mala aplicación de un procedimiento de auditoría, resulte eficaz o no.

Problemas de definición de alcance y oportunidad en un procedimiento de auditoría, haya sido bien o mal aplicado. Este factor se relaciona con la existencia de muestras no representativas"[40].

2.5.4.- EVALUACIÓN DEL RIESGO DE AUDITORÍA

La evaluación del riesgo de auditoría es el proceso por el cual, a partir del análisis de la existencia e intensidad de los factores de riesgo, se mide el nivel de riesgo presente en cada caso.

El nivel de riesgo de auditoría suele medirse en cuatro grados posibles, estos son:

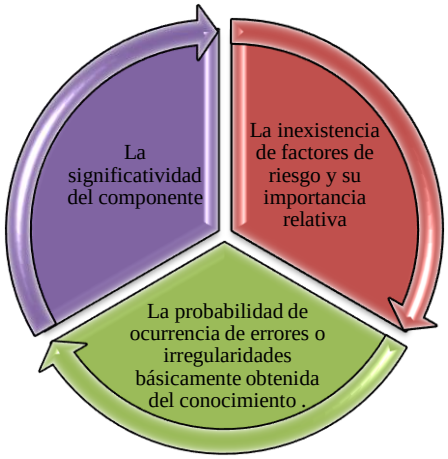
"La evaluación del nivel de riesgo es un proceso totalmente subjetivo y depende exclusivamente del criterio, capacidad y experiencia del auditor.

[40] Milton K. Maldonado, AUDITORÍA DE GESTIÓN pág. 49

Además es la base para la determinación del enfoque de auditoría a aplicar y la cantidad de satisfacción de auditoría a obtener.

En ese sentido, se tratan de medir tres elementos que combinados, son herramientas a utilizar en el procesos de evaluación del nivel de riesgo"[41].

Estos elementos son:



2.5.5.- MUESTREO EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

El muestreo en Auditoría, bien sea estadístico o no estadístico, es el proceso de seleccionar un grupo de elementos (llamados la muestra) a partir de un grupo grande de elementos (llamado población o campo) y de utilizar características de la muestra para sacar conclusiones sobre las características de la población completa de elementos.

De importancia básica para el muestreo de auditoría es el riesgo de muestreo.

"Este es el riesgo de que la conclusión de los auditores con base a una muestra pueda ser diferente de la conclusión a la cual llegarían examinaran todos los elementos de la población total.

El aumento del tamaño de la muestra reduce el riesgo del muestreo. En el extremo, cuando se examina toda la población, no hay riesgo de muestreo"[42].

[41] Maldonado, Milton, AUDITORÍA DE GESTIÓN pág. 51-52
[42] Whittington, O Ray; AUDITORÍA UN ENFOQUE INTEGRAL pág. 236

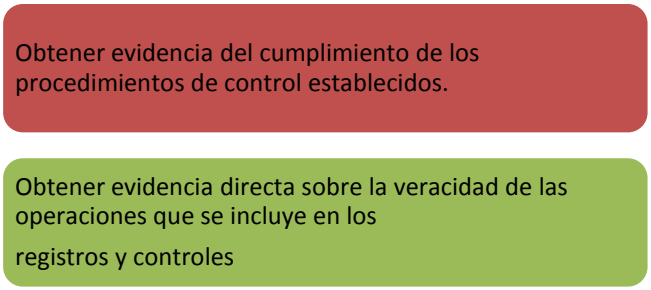
Durante su examen el auditor obtiene evidencia confiable y pertinente, suficiente para darle una base razonable sobre lo cual emitir un informe.

Los procedimientos de auditoría que brindan esa evidencia no pueden aplicarse a la totalidad de las operaciones de la entidad, sino que se restringen a algunos de ellos; este conjunto de operaciones constituye una "muestra".

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

a) OBJETIVOS DEL MUESTREO EN AUDITORÍA

La aplicación del muestreo en auditoría tiene como objetivos los siguientes:



Los riesgos inherentes y de control existen con independencia del procedimiento de muestreo.

El auditor debe considerar los riesgos de detección surgidos de las incertidumbres debidas al muestreo (riesgo muestral) así como las surgidas de otros factores sin relación con el mismo (riesgo no muestral).

En la auditoría de gestión, el auditor en la fase de conocimiento Preliminar y en la fase de Planificación requiere de investigaciones lo más exhaustivas posibles para determinar las causas de los problemas, que le permitan determinar en la ejecución del trabajo las pruebas a realizar y la aplicación o no de muestreos.

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

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

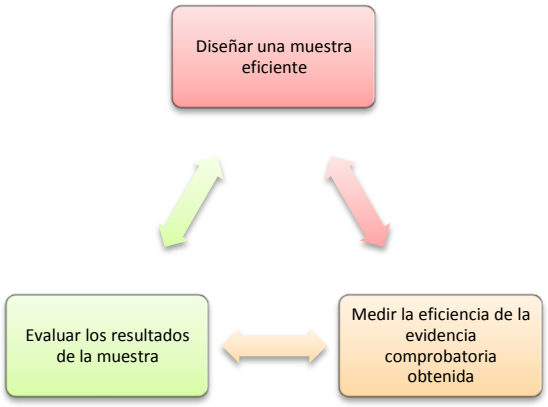
cumplen con los requisitos esperados que permitan en el primer caso, la confiabilidad razonable desde el punto de vista financiero, y en el segundo caso, una administración eficiente.

Los auditores emplean los dos enfoques de las técnicas de muestreo, como son:

1. DE APRECIACIÓN O NO ESTADÍSTICO.- Los ítems a ser incluidos en la muestra son determinados de acuerdo a criterio; en este tipo de muestreo el tamaño, selección y evaluación de las muestras son completamente subjetivas; por lo tanto, es más fácil que ocurran desviaciones.
   Esta técnica es la más tradicional que viene aplicando el auditor.

2. ESTADÍSTICO.- Aplica técnicas estadísticas para el diseño, selección y evaluación de la muestra; provee al auditor de una medición cuantitativa de su riesgo.

Este muestreo ayuda al auditor a:



Los dos tipos de muestreo hacen uso del criterio profesional del auditor para la planeación, elaboración y evaluación de una muestra; igualmente si los dos se aplican apropiadamente, puede proporcionar suficiente evidencia comprobatoria.

Al escoger entre el muestreo estadístico y el no estadístico, el auditor debe considerar los objetivos de auditoría y la naturaleza del universo objeto de la muestra, así como también las ventajas y desventajas de cada método.

b) EVIDENCIAS SUFICIENTES Y COMPETENTES

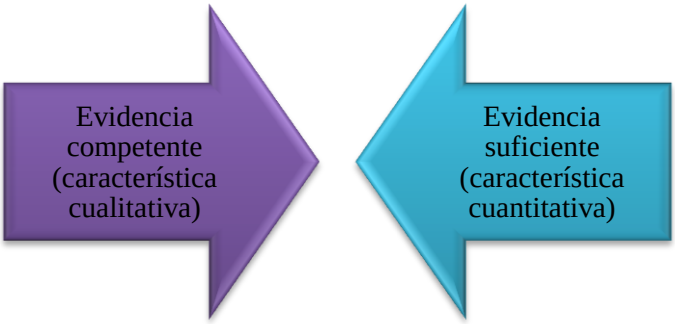
La evidencia en auditoría es cualquier información que corrobora o refuta una afirmación.

Las evidencias de auditoría constituyen los elementos de prueba que obtiene el auditor sobre los hechos que examina y cuando éstas son suficientes y competentes, son el respaldo del examen y sustentan el contenido del informe.

La validez de la EVIDENCIA depende de las circunstancias en las cuales esta se obtiene.

ELEMENTOS

Para que sea una evidencia de auditoría, se requiere la unión de dos elementos:

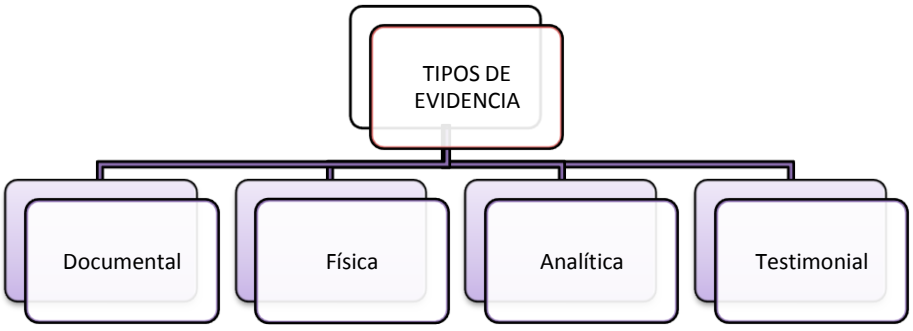


Elementos que proporcionan al auditor la convicción necesaria para tener una base objetiva en su examen.

a) Evidencias Suficientes. - Cuando éstas son en la cantidad y en los tipos de evidencia, que sean útiles y obtenidas en los límites de tiempo y costos razonables.

b) Evidencias Competentes.- Cuando, de acuerdo a su calidad, son válidas y relevantes.

TIPOS DE EVIDENCIA



a) Física. - Se obtiene por medio de una inspección y observación directa de actividades, documentos y registros.

b) Testimonial.- Es obtenida en entrevistas cuyas respuestas son verbales y escritas, con el fin de comprobar la autenticidad de un hecho.

c) Documental.- Son los documentos logrados de fuente externa o ajena a la entidad.

d) Analítica.- Es la resultante de computaciones, comparaciones con disposiciones legales, raciocinio y análisis.

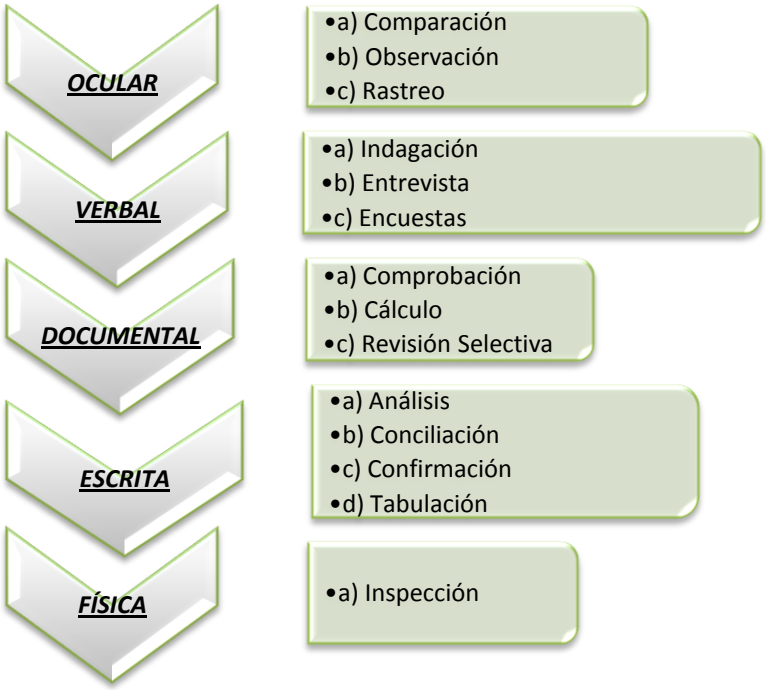
También es el resultado de cálculos hechos por los auditores independientemente para demostrar la precisión aritmética de análisis y registros del cliente. Comprenden la comparación de relaciones entre información financiera y algunas veces no financiera.

2.5.6.- TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS

En la auditoría de gestión es fundamental el criterio profesional del auditor; para la determinación de la utilización y combinación de las técnicas y prácticas más adecuadas, que le permitan la obtención de la evidencia suficiente, competente y pertinente, que le den una base objetiva y profesional, que fundamenten y sustenten sus comentarios, conclusiones y recomendaciones.

VERIFICACIÓN TÉCNICAS

A continuación se mencionan algunas de las técnicas de verificación más utilizadas por los auditores:



2.5.7.- PAPELES DE TRABAJO

Los papeles de trabajo son herramientas de vital importancia para la profesión de auditoría.

Los papeles de trabajo son el conjunto de cédulas y documentos elaborados u obtenidos por el auditor, producto de la aplicación de las técnicas, procedimientos y más prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

Son los registros y documentos mantenidos por el auditor de los procedimientos por él seguidos, de las comprobaciones parciales que realizó, de la obtenida y de las conclusiones a las que arribó en relación con su examen; pueden incluir: programas de trabajo, análisis, anotaciones, documentos de la entidad o de terceros, cartas de confirmación y manifestaciones del cliente, extractos de documentos de la institución y planillas o comentarios preparados u obtenidos por el auditor.

A) FUNCIONES

Las principales funciones de los papeles de trabajo son:

- Proporcionar un medio de asignar y coordinar el trabajo de auditoría
- Ayudar a los auditores seniors, gerentes y socios en la supervisión y revisión del trabajo
- Documentar el cumplimiento por parte de los auditores
- Servir de soporte para el informe de los auditores.
- Ayudar a la planificación y realización de auditorías

B) CARACTERÍSTICAS

Todo papel de trabajo debe reunir ciertas características, como las siguientes:

a) Prepararse en forma clara y precisa, utilizando referencias lógicas y un mínimo número de marcas.
b) Su contenido incluirá tan sólo los datos exigidos a juicio profesional del auditor.
c) Deben elaborarse sin enmendaduras, asegurando la permanencia de la información.
d) Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar su custodia y confidencialidad, divulgándose las responsabilidades que podrían dar lugar por las desviaciones presentadas.

C) OBJETIVOS

Los objetivos de los papeles de trabajo son los siguientes:

- Respaldar el contenido del informe preparado por el auditor
- Cumplir con las normas de auditoría emitidas por la Contraloría General
- Sustentar el desarrollo de trabajo del auditor.
- Acumular evidencias, tanto de los procedimientos de auditoría aplicados, como de las muestras seleccionadas, que permitan al auditor formarse una opinión del manejo financiero-administrativo de la entidad.
- Facilitar la supervisión y permitir que el trabajo ejecutado sea revisado por un tercero.
- Informar a la entidad sobre las deficiencias observadas, sobre aspectos relativos a las actividades de control de los sistemas, de procedimientos contables entre otros.

- Sirven como defensa en posibles litigios o cargos en contra del auditor.

Los papeles de trabajo son de propiedad de las unidades de auditoría de la Contraloría y entidades públicas, las mismas que tienen la responsabilidad de la custodia en un archivo activo por el lapso de cinco años y en un archivo pasivo por hasta veinte y cinco años, únicamente pueden ser exhibidos y entregados por requerimiento judicial.

D) ORGANIZACIÓN DE LOS PAPELES DE TRABAJO

Estos papeles de trabajo deben ser organizados y archivados en forma sistematizada en archivos:

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

El Archivo Permanente cumple con tres propósitos:

Refrescar la memoria de los auditores en los renglones aplicables durante un periodo de muchos años.

Proporcionar a los nuevos miembros del personal un resumen rápido de las políticas y organización del cliente.

Conservar los papeles de trabajo de los renglones que se muestran relativamente pocos cambios o ningún cambio.

Archivo Corriente.- En estos archivos corrientes se guardan los papeles de trabajo relacionados con la auditoría específica de un período. La cantidad de legajos o carpetas que forman parte de este archivo de un período dado varía de una auditoría a otra y aún tratándose de la misma entidad auditada.

Los papeles de trabajo administrativos constituyen el inicio de los archivos corrientes.

E) ÍNDICES Y REFERENCIACIÓN

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

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

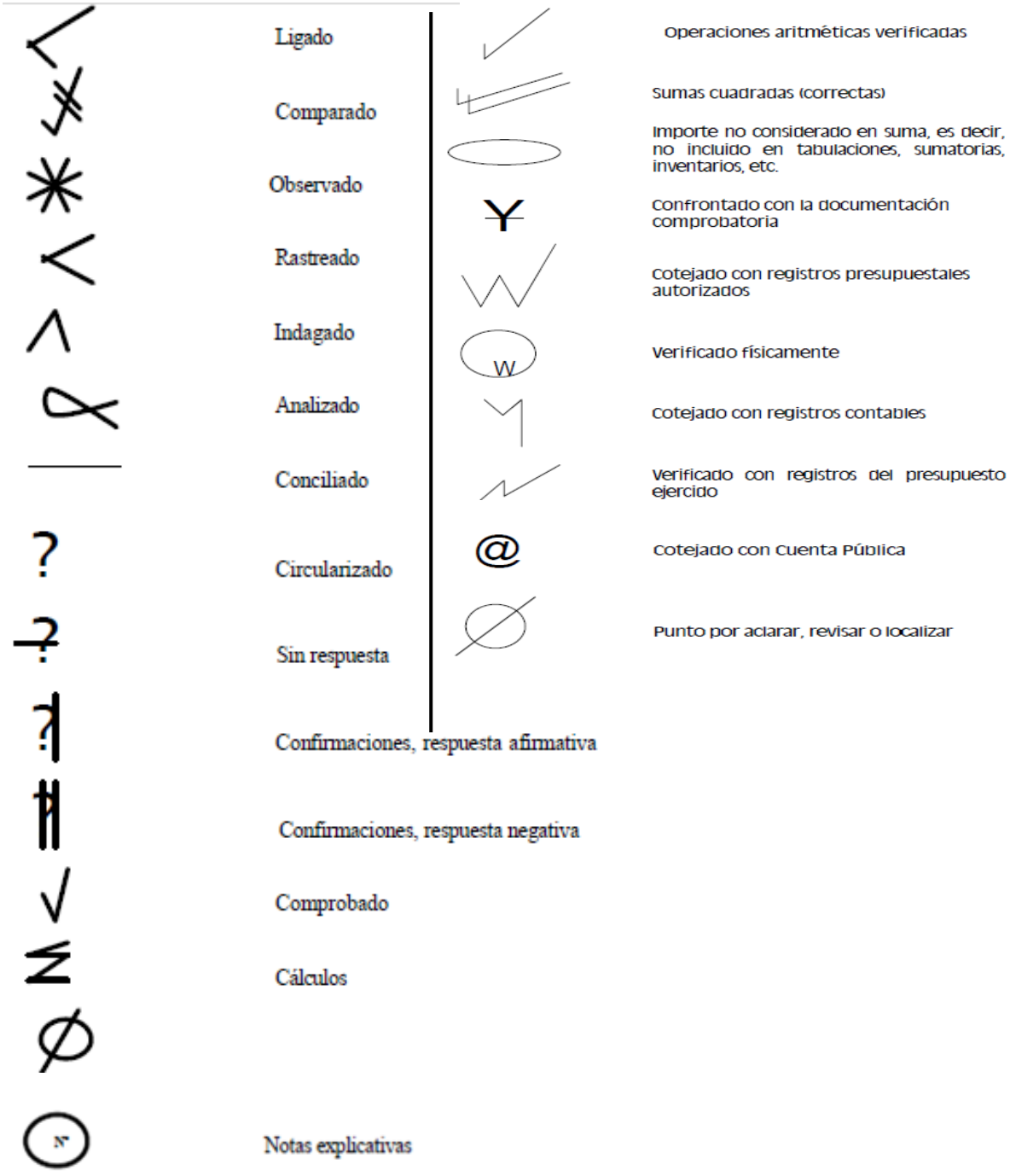
La codificación de índices y referencias en los papeles de trabajo pueden ser de tres formas:

1. alfabética
2. numérica
3. alfanumérica

F) MARCAS DE AUDITORÍA

> *"Las marcas de auditoría, conocidas también como: claves de auditoría o tildes, son símbolos utilizados por el auditor en los papeles de trabajo para indicar un paso especifico en el trabajo realizado.*
> *Siempre que se utilicen marcas de auditoría o convenciones, estas deben ir acompañadas por una leyenda que explique su significado.*
>
> *Estas marcas permiten conocer además, cuáles partidas fueron objeto de la aplicación de los procedimientos de auditoría y cuáles no.*
>
> *Las marcas al igual que los índices y referencias deben ser escritas con lápiz de color rojo, ya que su uso se encuentra generalizado al igual que los papeles de trabajo elaborados por el auditor usualmente son hechos con lápiz.*

A continuación se mencionan marcas estándares que pueden utilizarse y que se encuentran relacionadas con las técnicas y otras prácticas que contienen los procedimientos de auditoría"[43].



Fuente: Manual de Auditoría de Gestión, Contraloría General del Estado

[43] Manual de Auditoría de Gestión, Contraloría General del Estado, pág. 80

2.6.- INDICADORES DE GESTIÓN

2.6.1.- QUÉ SON INDICADORES

"Un indicador en un punto en una estadística simple o compuesta que refleja algún rasgo importante de un sistema dentro de un contexto de interpretación.

Establece una relación cuantitativa entre dos cantidades que corresponden a un mismo proceso o a procesos diferentes.

Por medio de un indicador se pretende caracterizar el éxito o la efectividad de un sistema, programa u organización.

Un sistema de indicadores permite hacer comparaciones, elaborar juicios, analizar tendencias y predecir cambios.

Es conveniente contar con varios indicadores para garantizar la exactitud de la medición, sin demeritar la síntesis de la información que conlleva"[44].

2.6.2.- CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR

Para que los indicadores sean efectivos, deben reunir las siguientes características:

Ser relevante o útil para la toma de decisiones
Factible de medir
Conducir fácilmente información de una parte a otra
Ser altamente discriminativo
Verificable
Libre de sesgo estadístico o personal
Aceptado por la organización
Justificable en relación a su costo- beneficio
Fácil de interpretar
Utilizable con otros indicadores
Tener precisión matemática en los indicadores cuantitativos.
Precisión conceptual en los indicadores cualitativos.

[44] Auditoría Administrativa; Benjamín, Franklin; pág. 94-95

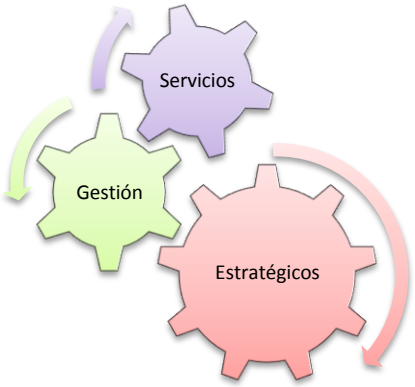
2.6.3.- FORMULACIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación se mencionan aspectos a ser considerados para la formulación de indicadores:

- ❖ Definir el objetivo que se pretende alcanzar
- ❖ Consideración de acciones para llevar a cabo su instrumentación
- ❖ Deben enfocarse hacia la medición de resultados, no a la descripción de procesos o actividades intermedias.
- ❖ Deben se acordados mediante un proceso participativo

2.6.3.1.- Niveles de aplicación

Por su nivel de aplicación, los indicadores se dividen en:



a) INDICADORES ESTRATÉGICOS

Estos indicadores permiten identificar:

La contribución al logro de los objetivos estratégicos en relación con la misión de la unidad responsable.

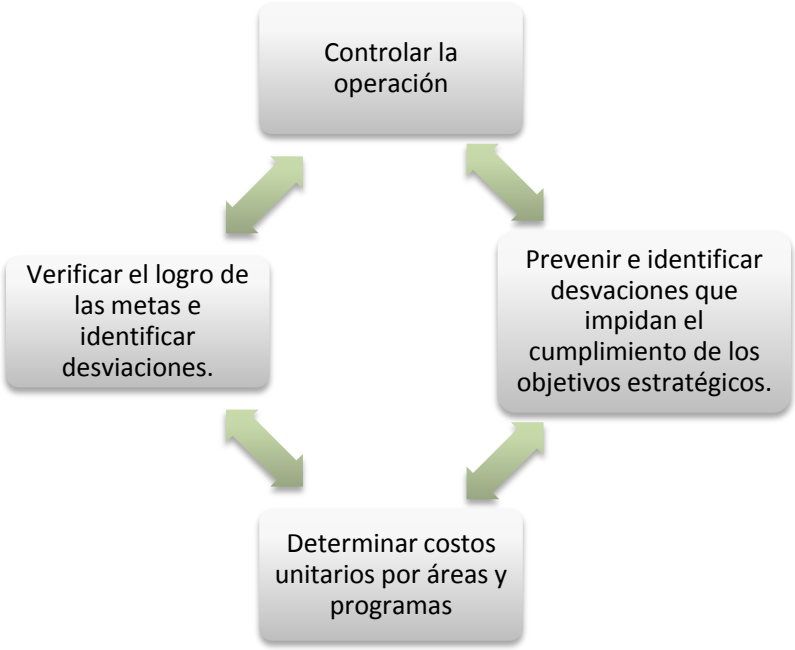
MIDEN:

El cumplimiento de objetivos en:

b) INDICADORES DE GESTIÓN

Informan sobre procesos y funciones clave.

SE UTILIZAN:



e) INDICADORES DE SERVICIOS

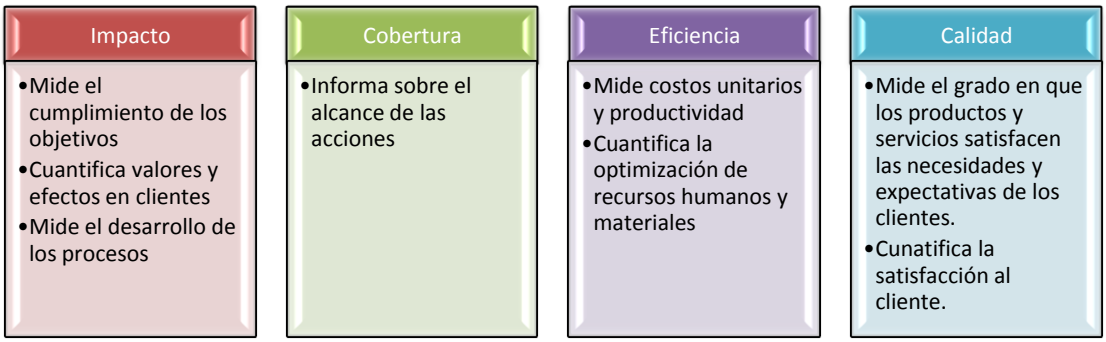
Miden la calidad con que se generan productos y servicios, en función de estándares, así como el grado de satisfacción de clientes y proveedores.

Se emplean para:

Permiten identificar: Indicadores de desempeño o cumplimiento de los estándares de servicio, indicadores de satisfacción o calidad que percibe el cliente sobre el producto o servicio recibido.

2.6.3.2.- Dimensiones a evaluar por medio de indicadores

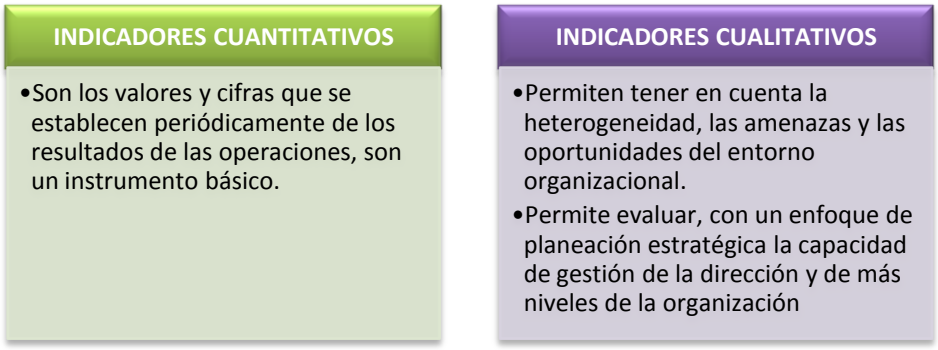
Para que los indicadores puedan evaluar la dimensión de las acciones, deben posibilitar la medición de:



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

Las actividades que se realizan en una organización requieren cuantificarse, es decir, medirse; esa medida refleja en qué grado las actividades que se ejecutan dentro de un proceso, o los resultados del proceso que se han alcanzado"[45].

Los indicadores desde el punto de vista de instrumentos de gestión, son de dos tipos:



2.6.4.- INDICADORES DE GESTIÓN UNIVERSALMENTE UTILIZADOS

Los indicadores de gestión universalmente conocidos y utilizados para medir la eficiencia, la eficacia, las metas, los objetivos y en general el cumplimiento de la misión institucional pueden clasificarse de la siguiente manera:

[45] Manual de Auditoría de Gestión CGE; pág. 82

a) INDICADORES DE RESULTADOS POR ÁREA Y DESARROLLO DE INFORMACIÓN

"Se basa en dos aspectos: la información del desarrollo de la gestión que se adelanta y los resultados operativos y financieros de la gestión.
Estos indicadores muestran la capacidad administrativa de la institución para observar, evaluar y medir aspectos como: organización de los sistemas de información; la calidad, oportunidad y disponibilidad de la información; y, arreglos para la retroalimentación y mejoramiento continuo"[46].

b) INDICADORES ESTRUCTURALES

"La estructura orgánica y su funcionamiento permiten identificar los niveles de dirección y mando, así como, su grado de responsabilidad en la conducción institucional.

Estos indicadores sirven para establecer y medir aspectos como los siguientes:

- *Participación de los grupos de conducción institucional frente a los grupos de servicios, operativos y productivos.*
- *Las unidades organizacionales formales e informales que participan en la misión de la institución.*
- *Unidades administrativas, económicas, productivas y demás que permiten el desenvolvimiento eficiente hacia objetivos establecidos en la organización"*[47].

c) INDICADORES DE RECURSOS

Tienen relación con la planificación de las metas y objetivos, considerando que para planear se requiere contar con recursos. Estos indicadores sirvan para medir y evaluar lo siguiente:

[46] Manual de Auditoría de Contraloría General del Estado, pág. 84
[47] Manual de Auditoría de Contraloría General del Estado, pág. 85

- Planificación de metas y grado de cumplimiento de los planes establecidos.
- Formulación de presupuestos, metas y resultados del logro.
- Presupuestos de grado corriente, en comparación con el presupuesto de inversión y otros.
- Recaudación y administración de la cartera.
- Administración de los recursos logísticos.

d) INDICADORES DE PROCESO

Aplicables a la función operativa de la institución, relativa al cumplimiento de su misión y objetivos sociales.

Estos indicadores sirven para establecer el cumplimiento de las etapas o fases de los procesos en cuanto a:

- Extensión y etapas de los procesos administrativos
- Extensión y etapas de la planeación
- Agilidad en la prestación de los servicios o generación de productos que indica la celeridad en el ciclo administrativo.
- Aplicaciones tecnológicas y su comparación evolutiva.

e) INDICADORES DE PERSONAL

> *"Corresponden estos indicadores a las actividades del comportamiento de la administración de los recursos humanos. Sirven para medir o establecer el grado de eficiencia y eficacia en la administración de los recursos humanos, respecto:*
>
> *- Condiciones de remuneración comparativas con otras entidades del sector.*
>
> *- Comparación de la clase, calidad y cantidad de los servicios.*
>
> *- Comparación de servicios percápita.*
>
> *- Rotación y administración de personal, referida a novedades y situaciones administrativas del área.*

- *Aplicación y existencia de políticas y elementos de inducción, motivación y promoción"*[48].

f) INDICADORES INTERFÁSICOS

Son los que se relacionan con el comportamiento de la entidad frente a los usuarios externos ya sean personas jurídicas o naturales, estos sirven para:

- Velocidad y oportunidad de las respuestas al usuario.
- La demanda y oferta en el tiempo.
- Transacciones con el público, relativos a servicios corrientes y esporádicos (comportamiento de la demanda potencial, demanda atendida, demanda insatisfecha).
- Satisfacción permanente de los usuarios.
- Calidad del servicio (tiempo de atención, información)
- Número de quejas, atención y corrección.
- Existencia y aplicabilidad de normas y reglamentos.
- Generan satisfacción o insatisfacción sobre aquellos índices fundamentales como son la rentabilidad y los índices de competitividad.

g) INDICADORES DE APRENDIZAJE Y ADAPTACIÓN

Se refieren a lo siguiente:

- Existencia de unidades de investigación y entrenamiento
- Estudios y tareas normales de adiestramiento
- Investigación para el mejoramiento y adaptación tecnológica
- Mejoramiento de métodos, procedimientos y formatos

Estos indicadores corresponden al comportamiento de los recursos humanos dentro de los procesos evolutivos tecnológicos, grupales y de identidad.

Son importantes estos indicadores porque el recurso humano de evaluarse constantemente, para verificar si la gestión que adelantan está de acuerdo con la función asignada, las metas con objetivos y demás.

Estos indicadores evalúan:

[48] Manual de Auditoría de Contraloría General del Estado, pág. 87

- Unidades de investigación
- Unidades de entrenamiento
- Unidades normales de adiestramiento
- Estudios de investigación para el desarrollo
- Estudio para innovación.

2.6.5.- CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES PARA EL SECTOR PÚBLICO

> *"La medición de indicadores de gestión, que en estricta lógica tendría que iniciarse por el proceso integral Planificación Estratégica, debe involucrar en forma democrática y participativa a todos los funcionarios implicados en la producción de un servicio o función, por lo que su desarrollo e implementación debería beneficiar tanto a sus productores como a sus destinatarios.*
>
> *A pesar de las dificultades que puedan enfrentar las instituciones del Estado para aplicar estrategias de gestión, más propias del sector privado financiero e industrial, parece conveniente hoy en día, por ejemplo, que los servicios públicos se abran a la utilización de conceptos tales como "cliente" o "producto", que aportan el sentido de un conjunto de obligaciones y derechos mutuos entre las respectivas unidades y las personas, instituciones o empresas con las que se relacionan"*[49].

Sus principales ventajas son:

- ✓ Introducir un proceso de participación en la responsabilidad que implica prestar el servicio o función, así como compartir el mérito que significa alcanzar niveles superiores de eficiencia.
- ✓ Adecuar los procesos internos, detectando inconsistencias entre los objetivos de la institución y su quehacer cotidiano. Es frecuente que como resultado de la implementación de un sistema de evaluación, se eliminen tareas innecesarias o repetitivas o se inicie un proceso de adecuación organizacional.

[49] Manual de Auditoría de Gestión CGE; pág. 92

- ✓ Apoyar el proceso de planificación o de formulación de políticas de mediano y largo plazo, en la medida en que todos los implicados tienen la oportunidad de analizar el qué y el cómo de sus afanes cotidianos.
- ✓ Mejorar la información respecto del uso de los recursos públicos y sentar las bases de un mayor compromiso y confianza entre los productores del servicio.
- ✓ Integrar en el sentido del trabajo funcionario la satisfacción de expectativas y necesidades de realización personal y profesional, a las que todos tienen derecho, introduciendo sistemas de reconocimiento al buen desempeño, tanto institucional como grupal e individual, sobre bases más objetivas.

Si el responsable de la auditoría estima que los indicadores utilizados no son aplicables, deberá tratar de resolver las diferencias de criterios con el ente, desarrollar sus propios indicadores o considerar medidas alternativas de evaluación.
Los indicadores tendrán por función dar señales de alerta ante la ocurrencia o agravamiento de deficiencias en un área determinada.

2.6.6.- USO DE INDICADORES EN LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

El uso de indicadores en la Auditoría, permite medir:

- La eficiencia y economía en el manejo de los recursos
- Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios prestados (eficacia)
- El grado de satisfacción de las necesidades de los usuarios o clientes a quienes van dirigidos (calidad)
- Todos estos aspectos deben ser medidos considerando su relación con la misión, los objetivos y las metas planteados por la organización.

Al indicador se le define como, la referencia numérica generada a partir de una o varias variables, que muestra aspectos del desempeño de la unidad auditada.
Esa referencia, al ser comparada con un valor estándar, interno o externo a la organización, podrá indicar posibles desviaciones con respecto a las cuales la administración deberá tomar acciones.

PARÁMETROS E INDICADORES DE UTILIZACIÓN GENERAL:

A) INDICADORES DE EFICACIA

Permiten determinar, cuantitativamente, el grado de cumplimiento de una meta en un periodo determinado o el ejercicio de los resultados en relación al presupuesto asignado.

B) INDICADORES DE EFICIENCIA

Se aplica para medir la relación establecida entre las metas alcanzadas y los recursos ejercidos para tal fin.

C) INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

Se utilizan para determinar el rendimiento de uno o varios trabajadores, en la consecución de una meta o en la producción de una tarea asignada en una unidad de tiempo.

D) INDICADORES DE IMPACTO

Persigue dimensionar o cuantificar valores de tipo político y social, permite medir la cobertura que alcanza la prestación de un servicio, su repercusión en el grupo social al que se dirige.

E) INDICADORES DE COBERTURA

Muestra qué porcentaje de la población potencial para la atención, tuvo acceso ó fue beneficiaria del servicio.

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

3.1.- ESQUEMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

Fuente: Manual de Auditoría de Gestión
Elaborado por: Autora

3.2.- FASES DEL PROCESO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

3.2.1.- FASE I Conocimiento Preliminar

a) Recopilación de antecedentes

Para la recopilación de antecedentes se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevista con la máxima autoridad de la institución, Jefe del Área de Salud.
- Realización de cuestionarios de control interno al proceso financiero.
- Consulta de documentación e información (legislación) que se maneja en esta institución.
- Revisión de archivo permanente que tiene la entidad.

b) Evaluación Preliminar

En este ítem se realizará una visita a las instalaciones que nos servirá para observar el desarrollo de las actividades, operaciones y visualizar el funcionamiento en conjunto del Centro de Salud, esto permitirá una adecuada planificación, ejecución y consecución de resultados de auditoría.

c) Revisión de documentos

En este enunciado se revisaran los siguientes documentos:

- Planificación Estratégica
- POA año 2009 del Área de Salud
- POA año 2009 del Proceso Financiero

De los documentos antes detallados se revisarán los siguientes aspectos: misión, visión, objetivos, actividades y estrategias del Centro de Salud No. 3.

d) Actividad principal de la institución

Dentro de este literal se determinara la actividad principal del Centro de Salud No. 3.

e) Situación financiera del Área de Salud

En esta parte de la fase se obtendrá información del proceso financiero para de esta manera conocer las actividades, procesos y procedimientos que se manejan dentro del mismo.

f) Estructura Organizacional

En cuanto a la estructura organizacional del Centro de Salud, se solicitará al Jefe del Área de Salud este documento para conocer la forma en que: se dividen, agrupan y coordinan las actividades de la organización y determinar los diferentes procesos que conforman este Centro de Salud.

g) Recursos Humanos

Se solicitará al proceso de recursos humanos información con la finalidad de conocer el recurso humano con el que cuenta este Centro de Salud, tipo de relación laboral y cargo.

h) Tecnología

Entrevistar al Jefe del Área de Salud y personal del Proceso Financiero para determinar que sistemas informáticos se manejan dentro de la entidad y la relación existente entre procesos.

i) Evaluación F.O.D.A

Evaluación de las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas existentes en el Centro de Salud.

j) Análisis Plan Estratégico

Revisión y análisis de la Planificación Estratégica con la que cuenta el Centro de Salud No.3.

k) Evaluación de control interno

Al no contar el Centro de Salud No. 3 con un sistema de control interno, se efectuarán análisis de: F.O.D.A, planificación estratégica, cuestionarios de control interno, programación operativa anual y determinación de indicadores de gestión con los que trabaja la institución.

Las herramientas antes mencionadas nos ayudaran a evaluar el control interno del Centro de Salud.

l) Ponderación de riesgos

La ponderación que se utilizará es la cuantitativa, es decir utilizaremos valores numéricos, el valor numérico que se dará a la calificación del riesgo será la siguiente:

RIESGO	CALIFICACIÓN
BAJO	1-4
MEDIO	5-7
ALTO	8-10

m) Matriz de ponderación

La matriz de ponderación que se utilizará en el Centro de Salud No. 3 será la siguiente:

ÁREA DE SALUD No.3
MATRIZ DE PONDERACIÓN
COMPONENTE: _____

No.	RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1			
2			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
	TOTAL		

n) Matriz de áreas críticas

La matriz que se utilizará para la evaluación de áreas críticas identificadas en el Centro de Salud, es la siguiente:

ÁREA DE SALUD No.3

EVALUACIÓN ÁREAS CRÍTICAS

COMPONENTE: _____

SITUACIÓN ACTUAL	NORMA	EFECTO	NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA	ACCIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLES	RECURSOS A UTILIZAR

o) Determinación del nivel de riesgo

Para la determinación del nivel de riesgo se utilizará la siguiente fórmula y matriz, mismas que son utilizadas en la Contraloría General del Estado.

RIESGO (CONFIANZA) = CALIFICACIÓN TOTAL*100
PONDERACIÓN TOTAL

	DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO			
(Confianza)				
	BAJA	MODERADA	ALTA	
	15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%	
	Alto	Moderado	Bajo	(Riesgo)

3.2.2.- FASE II Planificación

Las tareas a realizarse en esta fase de planificación serán las siguientes:

- Identificación de los objetivos de la Auditoría en esta fase.
- Determinación de indicadores de gestión utilizados por el Centro de Salud, los cuales constan en la planificación operativa anual (POA).
- Determinación de los componentes objetos de estudio para la realización de la presente investigación.
- Revisión y análisis de la información y documentación obtenida en la fase anterior, para obtener un conocimiento integral del objeto de la entidad, comprender la actividad principal y tener los elementos necesarios para la evaluación de control.

a) Componentes

Aquí se definirán los componentes objeto de investigación para la realización del modelo de auditoría de gestión del Centro de Salud No. 3.

b) Evaluación Control Interno

Evaluación de la estructura de control interno que permita acumular información sobre el funcionamiento de los controles existentes, útil para identificar los asuntos que requieran tiempo y esfuerzos adicionales en la fase de Ejecución.

La evaluación implica la calificación de los riesgos de auditoría que son:

a) Inherente (posibilidad de errores e irregularidades)
b) De Control (procedimientos de control y auditoría que no prevenga o detecte)
c) De Detección (procedimientos de auditoría no suficientes para descubrirlos).

El formato que se aplicará en este punto es el siguiente:

ÁREA DE SALUD No.3
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO
COMPONENTE: _____

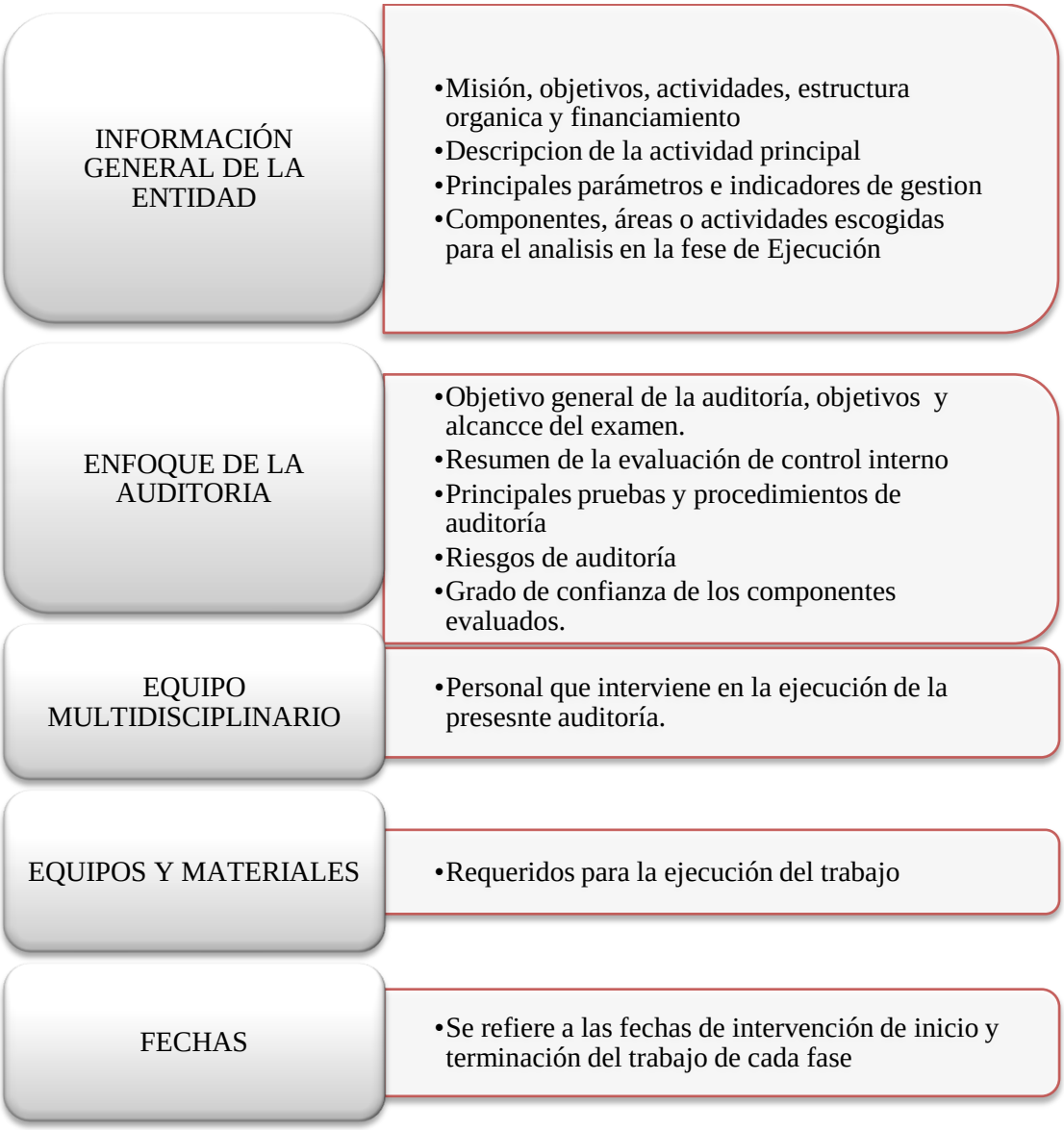
No.	RIESGO	TIPO DE RIESGO	NIVEL DE RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1					
2					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

c) Tiempo de Ejecución

Este literal hace referencia al tiempo que se ocupará para el desarrollo de esta fase.

d) Memorando de Planificación

Se realizará la elaboración de un Memorando de Planificación, mismo que contendrá:



A continuación se detalla formato de memorando de planificación que se aplicará en la presente investigación:

MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN	
Entidad:	
Período:	
Auditoría de Gestión a:	
Preparado por: (Jefe de Equipo)	
Revisado por: (Supervisor)	
1. **REQUERIMIENTO DE LA AUDITORÍA**	
2. FECHA DE INTERVENCIÓN	**FECHA ESTIMADA**
- Orden de Trabajo	
- Inicio del trabajo en el campo	
- Finalización del trabajo en el campo	
- Discusión del borrador del informe con funcionarios - Presentación del informe a la Dirección	
- Emisión del informe final de auditoría	
3. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (Nombres)	
- Coordinador	
- Supervisor	
- Jefe de Equipo	
- Auditor Operativo	
4. **DÍAS PRESUPUESTADOS**	
XX Días laborables, distribuidos en las siguientes fases:	
- FASE I, Conocimiento Preliminar	
- FASE II, Planificación	
- FASE III, Ejecución	
- FASE IV, Comunicación de Resultados	
5. RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES	
5.1 Materiales	
5.2 Viáticos y pasajes	
6. **ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**	
6.1 **Información General de la Entidad**	
6.2 **Enfoque a:**	
6.3 Objetivo:	

6.3.1 Objetivo General	
6.3.2 Objetivos Específicos por cada uno de los componentes	
6.4 Alcance:	
6.5 Indicadores de Gestión:	
6.6 Resumen de los Resultados de la Evaluación del Control Interno.	
6.7 Calificación de los Factores de Riesgo de Auditoría	
6.9 Trabajo a realizar por los auditores en la fase de ejecución	
7. Colaboración de la entidad auditada:	
8. Otros aspectos	
9. Firmas de responsabilidad de la planificación	
Supervisor	**Jefe de Equipo**

e) Cuestionarios de Control

Se elaboraran cuestionarios de control interno, mismo que consiste en la realización de una serie de preguntas sobre los controles que se tienen en el proceso financiero, para de esta manera recolectar información sobre los aspectos de la estructura de control interno que se manejan en el proceso antes mencionado.

A continuación se muestra formato a ser aplicado en el proceso financiero:

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO
ÁREA DE SALUD No. 3
COMPONENTE: PROCESO FINANCIERO

PT I/I

RESPONSABLE: CARGO: FECHA:

No.	PREGUNTA	SI	NO	N/A	COMENTARIO/ OBSERVACIÓN

Elaborado por:	
Revisado por:	
Fecha	

f) Programas de Auditoría

El programa de Auditoría, tiene como propósito servir de guía en los procedimientos que se van adoptar en el curso de la Auditoría.

Se elaboraran programas detallados y flexibles, tomando en cuenta: llas Normas de Auditoría NAGAS y las Técnicas de Auditoría.

A continuación se muestra formato a ser aplicado en el proceso financiero:

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

PT I/I

ENTIDAD:
SUBCOMPONENTE:

	OBJETIVOS			
1				
2				
No	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1				
2				
3				
4				
5				
6				

3.2.3.- FASE III EJECUCIÓN

Esta es la etapa donde se ejecuta propiamente la auditoría del Área de Salud No. 3, se desarrolla los hallazgos y se obtienen toda la evidencia necesaria en cantidad y calidad apropiada, basada en los criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa, para sustentar las conclusiones y recomendaciones de los informes.

Las tareas a realizarse en esta fase son:

- Determinación de objetivos a realizarse en la fase.
- Análisis narrativo de cuestionarios de control interno aplicados en la fase anterior, aplicando el siguiente formato:

K.L AUDITORA

ENTIDAD:
COMPONENTE:
SUB-COMPONENTE:

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA:

ELABORADO	**REVISADO**	**VISTO**
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

- Aplicación de los programas para cada componente significativo y escogido para examinarse, comprende la aplicación de las técnicas de auditoría tradicionales, como son:

    - inspección física
    - observación
    - indagación.

- Papeles de Trabajo

Son los archivos que maneja el auditor y que contienen todos los documentos que sustentan su trabajo efectuado durante la auditoría.

Estos archivos se dividen:

- Permanentes
- Corrientes

El archivo permanente está conformado por todos los documentos que tienen el carácter de permanencia en la empresa, es decir, que no cambian y que por lo tanto se pueden volver a utilizar en auditorías futuras como: RUC, nombramiento de Jefe de Área, POA, planificación estratégica, plan de cuentas institucional, F.O.D.A., organigrama, listado de funcionarios principales, informe de auditoría.

El archivo corriente está formado por todos los documentos que el auditor va utilizando durante el desarrollo de su trabajo y que le permitirán emitir un informe como: cuestionarios de control interno, programas de auditoría, hoja de hallazgos, informe de auditoría.

- Elaboración de hojas resumen de hallazgos, estos hallazgos son las diferencias significativas encontradas en el trabajo investigativo del Centro de Salud No. 3.

El formato que se aplicará para la matriz de hallazgos será el siguiente:

K.L AUDITORA

ENTIDAD:
COMPONENTE

MATRIZ DE HALLAZGOS

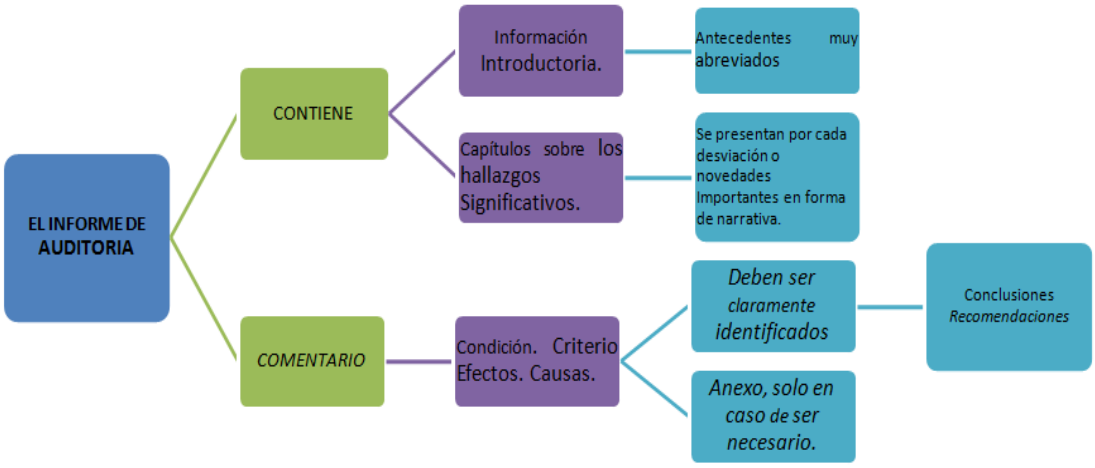
FECHA:		**HALLAZGO**			
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**

ELABORADO POR: FECHA:

3.2.4.- FASE IV COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Se define la estructura del informe de auditoría, en base a la referencia de los papeles de trabajo y a la hoja resumen de comentarios, conclusiones y recomendaciones.

Lineamientos que se utilizan para preparar un informe de Auditoría



Modelo de Informe de Auditoría

Los elementos que contiene el informe de auditoría son:

1. Portada
2. Síntesis de lo que trata el informe
3. Índice
4. Carta de presentación
5. Capítulos en donde se desarrolla el informe como por ejemplo:
   Alcance de la auditoría
   Notas explicativas a los resultados generales
6. Conclusiones
7. Recomendaciones

CAPÍTULO IV

4.- PROPUESTA DE UN MODELO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD No. 3 LA TOLA-VICENTINA

4.1.- FASE I CONOCIMIENTO PRELIMINAR

Esta fase está orientada al análisis de las principales actividades del conocimiento preliminar de la auditoría de gestión conforme a la metodología aplicable al sector público.

En la presente fase se consideran aspectos como: reseña histórica, ubicación geográfica del Área de Salud, transporte de acceso, población activamente económica con la que cuenta este Centro de Salud y tipos de actividad que realiza la población que radica en esta zona centro de la ciudad de Quito así como también misión, visión, objetivos tanto generales como específicos, valores, herramientas de gestión, recurso humano, servicios que presta el área, otros actores en salud y el sistema de salud con el que esta Área está desarrollando sus actividades.

4.1.1.- OBJETIVO DE LA FASE DE CONOCIMIENTO PRELIMINAR

Esta fase tiene por objeto ubicar la realidad actual en la que se encuentra el Área de Salud No. 3, se trata además de obtener un conocimiento y comprensión de los factores tanto internos como externo en los cuales esta Área de Salud se encuentra inmersa, sistemas administrativos, así como también las principales características bajo las cuales se desenvuelve, fuerzas, actividades principales; instrumentos que nos serán de ayuda para la realización de la planificación, ejecución y consecución de la auditoría en un tiempo razonable.

Las estrategias a utilizar son:

- Tener conocimiento de la parte administrativa bajo la cual se desarrolla sus actividades el Centro de Salud No. 3, mediante la utilización del plan estratégico 2007-2010, POA 2009 y rendición de cuentas 2009 de esta entidad.

- Se utilizarán cuestionarios de control interno, programas de auditoría para determinar la gestión financiera y gestión estratégica, así como evaluación de control intento.

- Elaboración de hoja de hallazgos y comunicación de resultados de la institución bajo estudio.
- Evaluar la eficiencia y eficacia de los procesos de elaboración, ejecución y evaluación de planes estratégicos y operativos.

4.1.2.- CONOCIMIENTO DEL ENTE ESTUDIADO

El Centro de Salud No. 3 está ubicado en la parroquia Itchimbia, barrio La Tola, localizado al Centro-Norte de la ciudad de Quito. No se encuentran datos o registros con fechas y nombres exactos respecto a su origen, pero por datos proporcionados por personas que hasta el día de hoy laboran en el mismo, mencionan que inició como un dispensario de salud en la casa barrial de La Tola, cuya dirección en ese entonces fue en las calles Miño y Manosalvas, cuyo pionero y posterior director de la casa asistencial fue el Dr. Vasco; aproximadamente por los años setenta, atendiendo servicios médicos ambulatorios a libre demanda enfatizando programas de prevención de salud.

> *"En el año de 1981, se traslada esta casa asistencial a las calles Don Bosco y Vicente León (esquina), lugar arrendado a los padres Salesianos encargadas de la administración del Colegio Don Bosco.*
> *Mediante decreto ejecutivo No. 3292 de fecha 29 de abril de 1992, publicado en el Registro Oficial No. 932 del 11 de mayo de ese año, se constituyen las áreas de salud como centros de salud asignándole al director las funciones de Jefe de Área.*
>
> *Desde el año 2000, este centro de salud pasa a tomar la Jefatura de la llamada Área de Salud No.3, abarcando los siguientes centros de salud: La Tola, la Vicentina, así como los sub-centros de salud: San José de Monjas, Playa Rica y Cipriana Dueñas".*[50]

Actualmente el Área de Salud No. 3 se encuentra ubicada en las calles Ríos N 4-183 y Chile, la cobertura geográfica del Área de Salud No. 3 es la siguiente:

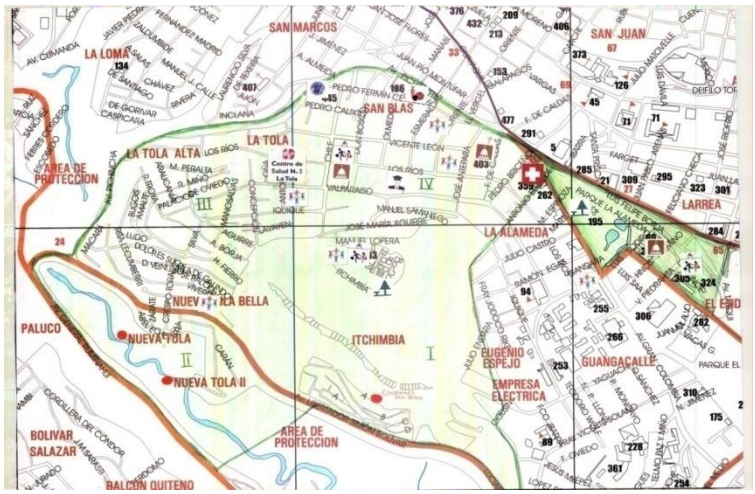
[50] Información Área de Salud No. 3

NORTE: Collacoto hasta Río Coca

SUR: Avenida Pichincha hasta el peaje

ESTE: Parque Metropolitano

OESTE: Avenida 10 de Agosto



El principal factor de alarma con el que cuenta esta Área de Salud, se menciona en la pág. 10, así como la vía de acceso.

A) POBLACIÓN ACTIVAMENTE ECONÓMICA

La población activamente económica con la que cuenta el Centro de Salud No. 3 son las siguientes:

CATEGORÍAS	CASOS	%	ACUMULADO %
1. Trabajo	6.100	94,84%	94,84%
2. Tiene trabajo pero no trabajo	129	2,01%	96,84%
3. Cesante	161	2,50%	99,35%
4. Busco trabajo por primera vez	42	0,65%	100,00%
Total	6.432	100,00%	100,00%

TABLA No.5

Fuente: INEC, Año 2009

A continuación se detalla las diferentes ramas de actividades económicas a las que se dedican la población de los barrios aledaños al Área de Salud No.3:

Categorías	Casos	%	Acumulado %
1. Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	53	0,82%	0,82%
2. Pesca	1	0,02%	0,84%
3. Explotación de minas y canteras	31	0,48%	1,32%
4. Industrias manufactureras	831	12,92%	14,24%
5. Suministros de electricidad, gas y agua	21	0,33%	14,57%
6. Construcción	284	4,42%	18,98%
7. Comercio al por mayor y al por menor	1.570	24,41%	43,39%
8. Hoteles y restaurantes	383	5,95%	49,35%
9. Transporte, almacenamiento y comunicaciones	335	5,21%	54,56%
10. Intermediación financiera	100	1,55%	56,11%
11. Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	482	7,49%	63,60%
12. Administración pública y defensa	389	6,05%	69,65%
13. Enseñanza	360	5,60%	75,25%
14. Actividades de servicios sociales y de salud	284	4,42%	79,66%
15. Otras actividades comunitarias sociales y personales de tipo servicios	311	4,84%	84,50%
16. Hogares privados con servicio doméstico	329	5,12%	89,61%
17. Organizaciones y órganos extraterritoriales	3	0,05%	89,66%
18. No declarado	623	9,69%	99,35%
19. Trabajador nuevo	42	0,65%	100,00%
Total	6.432	100,00%	100,00%

TABLA No.6

Fuente: INEC, Año2009

B) POBLACIÓN

Según datos actuales, obtenidos del último censo poblacional y de vivienda, procesados por el INEC, el Barrio de La Tola, cuenta con una población total de 6.432 habitantes entre hombres y mujeres, una infraestructura de servicios básicos que se distribuye de la siguiente manera:

El 88,14% de las viviendas están servidas con agua potable a través de tubería; el 98,90% del área, cuenta con el servicio de alcantarillado; el 99,13% con disponibilidad de energía eléctrica y el 98,46% de cobertura para la eliminación de basura, a través de carros recolectores. Como se vio en el Capítulo I, pág. 12 consta la población y grupos etareos con la que cuenta el Área de Salud No. 3.

C) MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS DEL CENTRO DE SALUD No. 3

Como se observó en el Capítulo I, pág. 5 y 6 constan la misión, visión y objetivos con los que cuenta el Centro de Salud No. 3.

D) CENTRO DE SALUD

La principal actividad del Centro de Salud No. 3, es la prestación de Servicios de Salud, como se mencionó en el Capítulo I, pág. 2 esta institución tiene a su cargo ocho Unidades Operativas (U.O).

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL CENTRO DE SALUD

El Área de Salud No. 3 ofrece a sus usuarios los siguientes servicios:

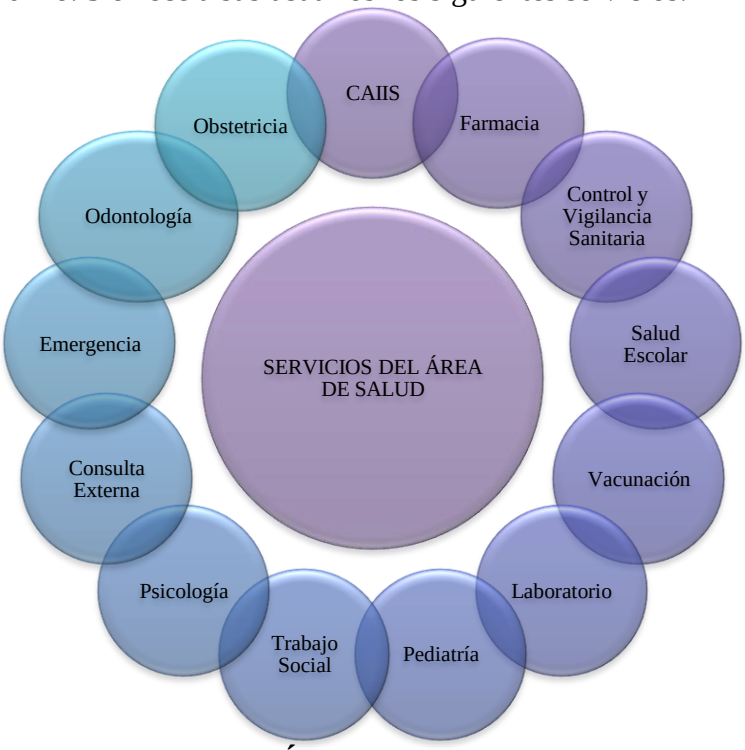


GRÁFICO No. 10

E) PROGRAMAS CON LOS QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN

Los programas de salud con los que cuenta este Centro de Salud son:

GRÁFICO No. 11

F) PRINCIPALES PRESTADORES DE SALUD EN EL ÁREA DE SALUD No. 3

Otros prestadores de salud con los que cuenta el Área de Salud No. 3 son los siguientes:

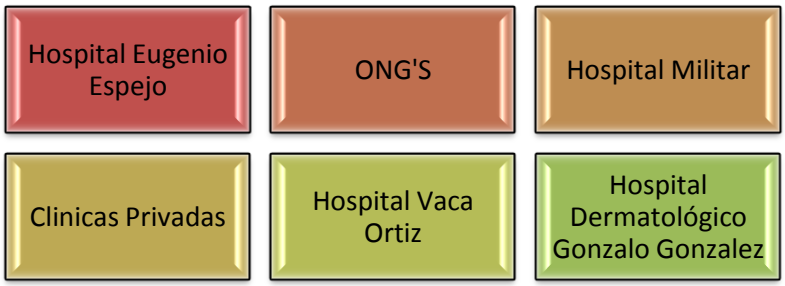


GRÁFICO No. 12

G) SISTEMA DEL ÁREA DE SALUD

Sistema del Área De Salud: El sistema con el que cuenta el Área de Salud es el siguiente:

La base para este sistema de salud del Área son el fortalecimiento organizacional, fortalecimiento institucional y fortalecimiento del talento humano; seguida por la racionalización de la atención curativa, promoción y prevención de la salud y fortalecimiento del modelo de salud; así como el sistema de información contando con una red de salud fortalecida con los aportes para la implementación de políticas públicas en salud.

H) HERRAMIENTAS CON LAS QUE CUENTA EL ÁREA DE SALUD

Las herramientas con las que cuenta el área de salud son:

GRÁFICO No.13

I) TECNOLOGÍA

La tecnología- sistemas informáticos de esta institución es:

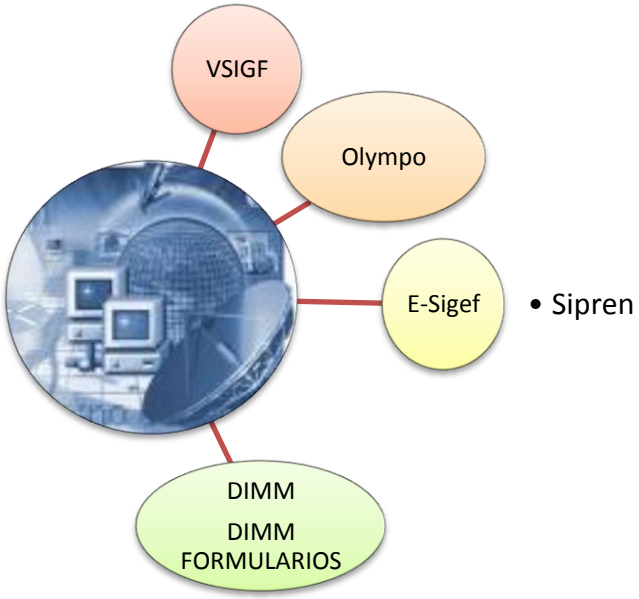


GRÁFICO No.14

J) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Como se hizo mención en el capítulo No. 1, pág. 14 se encuentra la estructura organizacional con la el Área de Salud No. 3 y en la pág. 15 hace referencia a cada

uno de los diferentes procesos que constituyen la estructura organizacional en mención.

K) FUNCIONARIOS PRINCIPALES DEL ÁREA DE SALUD No. 3

A continuación se detallan los principales funcionarios con los que cuenta el Área de Salud No. 3 son:

PROCESO	ROL	NOMBRE FUNCIONARIO
GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL ÁREA DE SALUD URBANA	DIRECTOR DE ÁREA DE SALUD URBANA	Dr. Bayardo Naranjo
GESTIÓN TÉCNICA DEL ÁREA DE SALUD URBANA	COORDINADOR DE PROCESOS	Dra. Patricia Coral
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Lcda. Patricia Naranjo
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	Ing. Carlos Almeida
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN INFORMÁTICA	Ing. Richard Murillo
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE ENFERMERÍA	Lcda. Patricia Andrade
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA	Dra. Katherin Brusil
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE FARMACIA	Dra. Grace Sarmiento
DESARROLLO ORGANIZACIONAL	GESTIÓN FINANCIERA	Sr. Luis Freire

L) RECURSO HUMANO DEL ÁREA DE SALUD No. 3

El recurso humano con el que cuenta el Área de Salud No. 3 es de 113 personas, este total es con todas las unidades operativas que tiene a su cargo el Área de Salud No. 3.

PERSONAL DEL ÁREA DE SALUD No. 3 LA TOLA- VICENTINA	
CONTRATO COLECTIVO	26
LOSCCA	31
CONTRATO OCASIONAL DPSP	2
FONNIN	12
DEFICIT DE SALUD RURAL	12
CONTRATOS FONDOS PROPIOS	12
EBAS	11
RURAL	1
MSP	1
TRASLADOS DE OTRAS UNIDADES LOSCCA	3
TRASLADOS DE OTRAS UNIDADES CONTRATO COLECTIVO	2
TOTAL DE PERSONAL	**113**

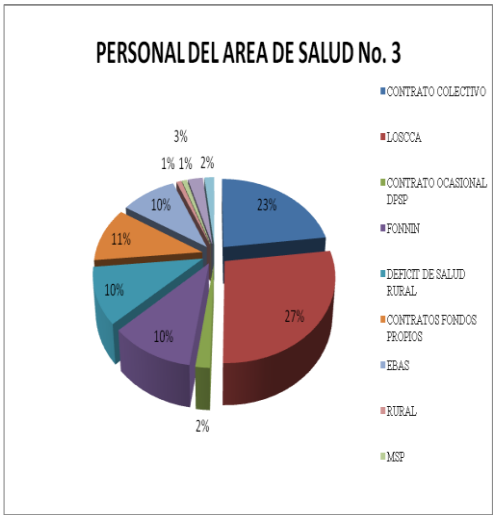


TABLA No.7 **CUADRO No.6**

FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso de Recursos Humanos, 2009
Elaborado: Autora

El personal con que cuenta el Área de Salud No. 3 consta de un 26% del personal que trabaja por medio de contrato colectivo, un 27% por medio de Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa, un 2% del personal son por medio de contratos ocasionales, el 10% es por medio de Fondo de Nutrición Infantil, otro 10% por déficit de salud rural, un 11% es por medio de contrato de fondos propios, un 10% por medio de contrato EBAS (Equipo Básico de Salud), el 1% tiene contrato de tipo Rural y el otro 1% es por contratos a través del Ministerio de Salud, un 2% del personal a sufrido traslados a otras unidades como contratos LOSCCA y un 3% también con traslados a otras unidades con partidas de contrato colectivo.

PERSONAL DE ÁREA DE SALUD NO.3 POR ACTIVIDAD	
Médicos	19
Odontólogos	9
Psicólogos	2
Obstetrices	8
Enfermeras	12
Bioquímico farmacéutico	1
Tecnólogo medico	4
Auxiliar de laboratorio	1
Auxiliares de enfermería	8
Auxiliares adm de salud	5
Inspectores sanitarios	5
Empleados sanitarios	2
Auxiliar de farmacia	2
Chofer	1
Auxiliar de odontología	2
Administrativos	31
Trabajador social	1
Total	**113**

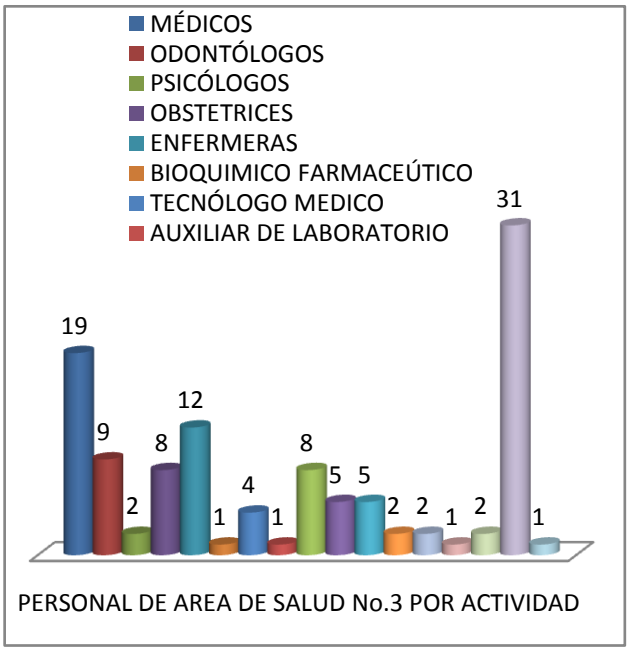


TABLA No.8 **CUADRO No. 7**

FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso de Recursos Humanos, 2009
Elaborado: Autora

M) BASE LEGAL

La base legal bajo la cual se desarrolla las actividades del Área de Salud se mencionó en las págs. 13 y 14 correspondientes al Capítulo I.

N) SITUACIÓN FINANCIERA DEL ÁREA DE SALUD

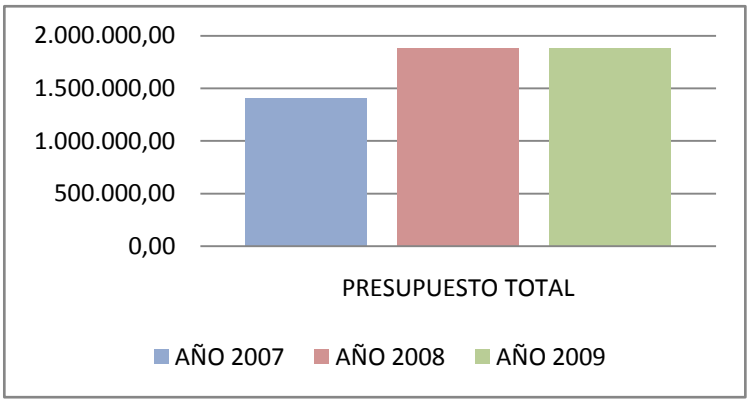
El Área de Salud No. 3 realiza sus actividades en base a presupuestos, mismo que constituye una previsión de ingresos y gastos para un año.
El Área de Salud No. 3, está enmarcado dentro del Sector Público no Financiero, es decir en su presupuesto se expresa la potestad del Estado y la política fiscal (Presidencia, Vicepresidencia, Ministerios, Entidades Adscritas).

Anteriormente se trabajaba con el Sistema de Administración Financiera (SAFI), esta información migraba al Ministerio de Economía y Finanzas, a partir del año 2008, se empieza a operar con el Sistema E-SIGEF ya que surgieren problemas con la contabilización de las Áreas de Salud (llevaban como podían), todas las Área de Salud empiezan a ser regularizadas y también comienza a operar con el Sistema E-SIGEF, porque se decide sistematizar ya que se pone en marcha programaciones de transparencia de recursos, la contabilización la lleva el Ministerio de Economía y Finanzas, ya que este sistema migra los datos y allí son analizados.

El presupuesto que maneja el Área de Salud se lo hace en base a sus históricos, se realizan cédulas presupuestarias de Enero-Diciembre, es decir un ciclo contable por cada ítem (cuenta) que se maneja en el Área.
Cabe mencionar que el Área de Salud es un ejecutor del Gasto mas no es Administrador del mismo.

A parte del presupuesto asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas, el Área recibe asignaciones correspondientes a Maternidad Gratuita, dichas asignaciones son dadas en el transcurso del año por lo que no son consideradas dentro del presupuesto.

El presupuesto asignado en los años 2007, 2008 y 2009 se detalla a continuación:



CUADRO No.8

		2006	2007	2008	2009	2007	2008	2009
	Partida	Enero-Diciembre	Enero-Diciembre	Enero-Diciembre	Enero-Diciembre	VARIACIÓN		
	G312 SERVICIOS GENERALES DE SALUD	**764.840,10**	**703.346,77**	**942.847,65**	**941.505,74**	**-8%**	34%	0%
5101	**REMUNERACIONES BÁSICAS**	**464.238,00**	**486.672,10**	**614.571,13**	**621.172,27**	**5%**	26%	1%
5302	**SERVICIOS GENERALES**	**40.778,04**	**38.535,00**	**37.906,76**	**34.887,03**	**-6%**	-2%	-9%
5308	**BIENES DE USO Y CONSUMO CORRIENTE**	**74.143,82**	**80.437,00**	**222.196,19**	**199.872,56**	**8%**	176%	-11%
7308	**BIENES DE USO Y CONSUMO DE INVERSIÓN**	**152.613,52**	**3.306,37**	**5.480,57**	**0,00**	**-98%**	66%	0%
	MATERNIDAD GRATUITA							
7308	**BIENES DE USO Y CONSUMO DE INVERSIÓN**	**33.066,72**	**94.396,30**	**62.693,00**	**85.573,88**	**185%**	-34%	27%
	PRESUPUESTO TOTAL	1.529.680,20	1.406.693,54	1.885.695,30	1.883.011,48			

TABLA No.9

FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso Financiero, 2009

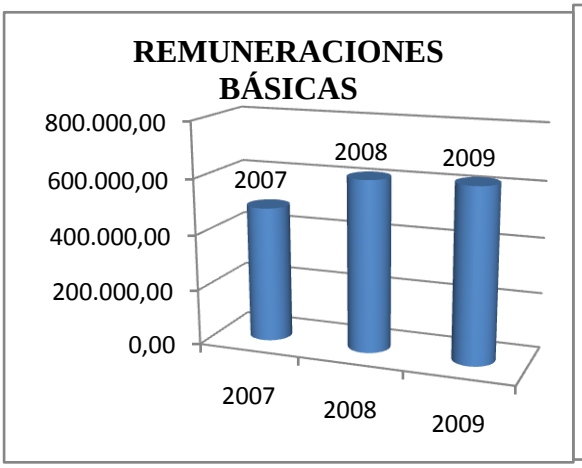
Las cuentas más relevantes que maneja el Área de Salud No. 3 son:

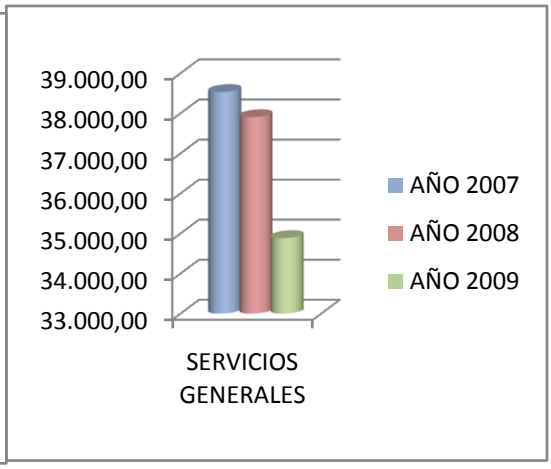
	Partida
	G312 Servicios generales de salud
5101	Remuneraciones básicas
5302	Servicios generales
5308	Bienes de uso y consumo corriente
7308	Bienes de uso y consumo de inversión maternidad gratuita
7308	Bienes de uso y consumo de inversión

TABLA No.10

FUENTE: Área de Salud No. 3, Proceso Financiero, 2009

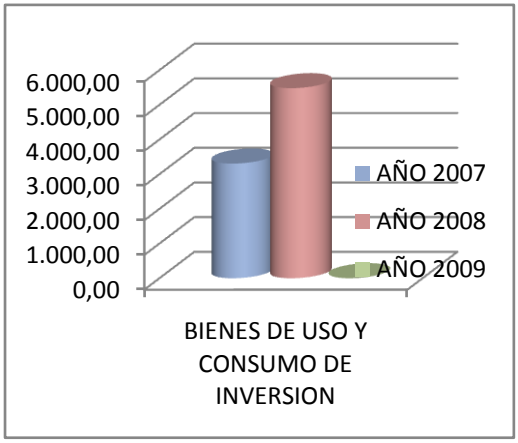
Las cuentas antes señaladas han presentado las siguientes variaciones:

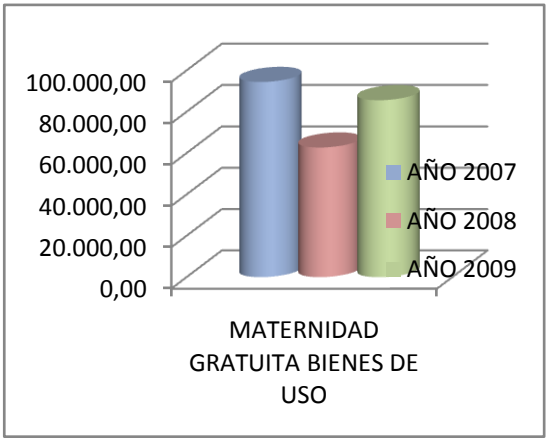




CUADRO No.9 **CUADRO No.10**

Los incrementos en cuanto a gastos como: remuneraciones, servicios generales, bienes de uso y consumo de inversión se deben a que se contrato más personal, hubo cambios a nivel ministerial cuya disposición es la gratuidad de la salud por ende se adquirieron más medicamentos e insumos; por ende los ingresos también son elevados para de esta manera compensar los gastos que se tienen en el Área.





CUADRO No. 11 **CUADRO No.12**

Ñ) PLAN ESTRATÉGICO DEL CENTRO DE SALUD No. 3

En este plan estratégico se encuentran las oportunidades y amenazas del Centro de Salud; así como las fortalezas y debilidades del mismo, situación de los recursos humanos de esta institución, eje de cambio del nuevo rol del estado, líneas estratégicas, Planificación, presupuesto y asignación de recursos en función de resultados, construcción del modelo de atención integral de salud, problemas

administrativos de las áreas de ginecología, enfermería, obstetricia, odontología, así como sistemas de apoyo a la gestión para el Centro de Salud.

O) F.O.D.A. 2009

Como se hizo mención en el capítulo No. 1, págs. 19 y 20 se encuentra el F.O.D.A realiza a través de encuestas del Centro de Salud.

4.1.3.- SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE SALUD (PROPUESTO)

Al no contar el Área de Salud No. 3 con un Sistema adecuado de Control Interno, que facilite el desenvolvimiento de la misma, a continuación de dan lineamientos para estructurar el ambiente de control, tomando en consideración la Planificación Estratégica del Área de Salud, encuestas realizadas y F.O.D.A.

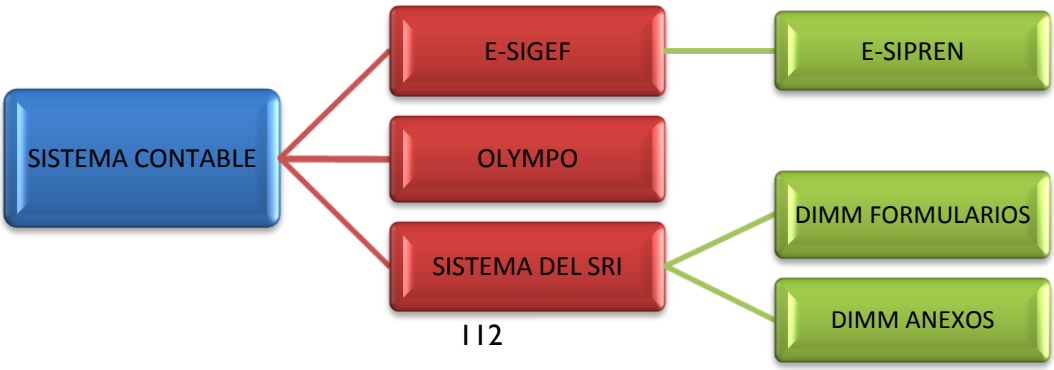
4.1.3.1.- AMBIENTE DE CONTROL INTERNO

El ambiente de control lo constituye el análisis realizado en el Capítulo I en las páginas: 5,6 y 14 anteriormente desarrolladas.

4.1.3.2.- CULTURA DE DIALOGO E INFORMACIÓN

El Centro de Salud, tiene una comunicación tanto verbal como escrita; la primera lo realizan por medio de información dada a los líderes de los procesos; la segunda forma se lo realza por medio de informes contables, oficios y memorandos.

4.1.3.3.- SISTEMA CONTABLE



Los sistemas con los que trabaja el Área de Salud No. 3 son: E-SIGEF este sistemas es el que utilizan todas las instituciones del sector público no financiero; el Olympo en el mismo se puede realizar ingresos, egresos, diarios, inventarios, presupuesto, cartera y proyectos, conciliaciones y reportes varios; DIMM que es utilizado para impuestos y declaraciones de IVA, retenciones en la fuente y anexos transaccionales.

4.1.4.- ARCHIVO PERMANENTE

Se debe organizar en el Área de Salud, un archivo permanente de papales de trabajo; misma que debe contener información básica que ayudará para la realización de futuras auditorías o exámenes especiales.

a) Archivo Permanente Administración General

El archivo permanente contendrá copias o extractos de información de la institución como:

1. R.U.C
2. Nombramiento del representante legal
3. Disposiciones legales actualizadas que normen su funcionamiento
4. Licenciamiento del Área de Salud
   Actas de sesión de la coordinación del Área de Salud.
5. Manuales de procedimientos, organigramas y reglamentos internos

b) Archivo Permanente Proceso Financiero

1. Inventarios de activos fijos
2. Resultados de la evaluación del control interno
3. Inventarios de bienes fungibles
4. Plan de cuenta propios de la institución
5. Indicadores de gestión utilizados con su respectivo análisis
6. Presupuestos del Área de Salud
7. Comprobantes de venta utilizados en el área
8. Plan anual de compras

c) Archivo Permanente Estadística

1. No. de historias clínicas abiertas en el periodo
2. Cobertura del Área de Salud
3. Banco de indicadores

4. Informes sobre los programas como: MAIS, PLISS, PAN

5. Información sobre grupos Etareos

6. Informe sobre pacientes atendidos en los diferentes servicios

4.1.5.-EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

ÁREA DE SALUD No.3
MATRIZ DE PONDERACIÓN
COMPONENTE: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL ÁREA DE SALUD

No.	RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1	Personal desmotivado	10	5
2	Personal poco capacitado	10	7
4	Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	10	7
5	Demora en el trámite de adquisiciones de insumos y materiales	10	6
6	Falta de estructuración de indicadores de gestión en el Plan Estratégico	10	9
7	Falta de actualización del Plan estratégico	10	9
8	Escaso logro de los objetivos institucionales	10	9
9	Falta de elaboración de manuales interno y procedimientos	10	8
10	No correspondencia entre los perfiles de formación y las necesidades operativas de las unidades de salud y la práctica sanitaria en general.	10	9
11	Disminuir tiempos de espera a los usuarios de consulta externa	10	7
12	Ausentismo en el Área de Salud	10	8
13	Falta de trabajo en equipo	10	8
14	Información Inoportuna	10	8
	TOTAL	**140**	**100**

En este punto se ponderaron los componentes detectados en los planes estratégicos y POA del Área de Salud, la ponderación máxima tiene una valoración de 10 y por cada componente se ha designado una calificación dependiendo el grado de riesgo.
con la finalidad de tomar acciones correctivas a tiempo para una mejor toma de decisiones, obtención de información veraz y oportuna, con eficiencia, eficacia de los recursos con los que cuenta el Área de Salud No. 3.
Además se determinó el nivel de riesgo y se puede observar que el Área de Salud cuenta con un riesgo del 71,43% el mismo que está considerado como moderado al igual que su nivel de confianza.

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DEL RIESGO

RIESGO (CONFIANZA) = CALIFICACIÓN TOTAL*100
PONDERACIÓN TOTAL

RIESGO $\frac{100 * 100}{140}$

71,43

	DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO			
(Confianza)				
	BAJA	MODERADA	ALTA	
	15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%	
	Alto	Moderado	Bajo	(Riesgo)

4.1.5.1- ANÁLISIS DE RIESGO

ÁREA DE SALUD No.3
EVALUACIÓN ÁREAS CRÍTICAS
COMPONENTE: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL ÁREA DE SALUD

SITUACIÓN ACTUAL	NORMA	EFECTO	NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA	ACCIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLES	RECURSOS A UTILIZAR
Personal Desmotivado	LOSCCA ART. 58	Falta de involucramiento del personal en las funciones delegadas	71% moderado	Crear e implementar programas de motivación a los servidores públicos	Jefe de Área Coordinación Jefatura del Área Proceso de recursos humanos Líderes de procesos	Humanos Económicos Materiales Tecnológicos
Personal poco capacitado	NCI 300-04	Incorrecto desempeño de actividades Inadecuada ejecución de		Elaborar programas de capacitación para los diferentes niveles y procesos del Área de Salud		
Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	TECHOS PRESUPUESTARIOS MEF	proyectos y programas del Área de Salud No.3				
Demora en el trámite de adquisiciones de insumos y materiales	R.O 395	Inadecuado desenvolviendo del área e insatisfacción al usuario interno y externo		Revisión de normativa legal		
Falta de estructuración de indicadores de gestión en el Plan Estratégico	NCI 110-04	Falta de determinación de la eficiencia y eficacia de las operaciones del Área de salud		Realización de un banco de Indicadores		

Falta de actualización del Plan estratégico	Plan Nacional de Desarrollo NCI 110-05	Inadecuado establecimiento de objetivos, metas de la institución y medidas para conseguir acciones correctivas		Actualizar el Plan Estratégico con el que cuenta esta institución.		
Escaso logro de los objetivos institucionales	NCI 110-06 NCI 110-08	Inadecuada prestación de servicios		Realizar estrategias, acciones correctivas para la desviación de objetivos de acuerdo al a realidad e la institución		
Falta e elaboración de manuales interno y procedimientos	NCI 130-03	Falta de lineamiento de funciones y actividades a realizarse en cada proceso		Estructuración, elaboración e implementación de manuales internos y procedimientos		
No correspondencia entre los perfiles de formación y las necesidades operativas de las unidades de salud.	NCI 140-01 LOSCCA ART. 6 SERVIDOR PÚBLICO	Personal no idóneo para ejecutar las funciones e impide el desarrollo de los procesos y objetivos institucionales		Elaborar e implementar un manual de calificación de puestos del Área de Salud.		
Falta de trabajo en equipo		Falta de desarrollo e incumpliendo de objetivos de la entidad		Fomentar el trabajo en equipo y hacer conocer sus beneficios.		
Información Inoportuna	NI 110-03	Inadecuada toma de decisiones		Hablar con los líderes de los procesos y personal operativo		

4.1.6.- EVALUACIÓN DE RIESGO

ÁREA DE SALUD No.3
MATRIZ DE PONDERACIÓN
COMPONENTE: PROCESO FINANCIERO

No.	RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1	Personal Desmotivado	10	5
2	Personal poco capacitado	10	6
3	Falta de elaboración de un Plan Financiero y procedimientos.	10	9
4	Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	10	7
5	Tecnología	10	7
6	Escaso control de inventarios	10	9
7	Escaso manejo de reportes financieros	10	9
8	Documentación Incompleta	10	6
9	Recorte de Presupuesto	10	9
10	Robos/ siniestros	10	7
11	Falta de un control adecuado en cuanto al efectivo	10	8
12	Manejo escaso de la normativa del control de activos fijos	10	9
	TOTAL	**120**	**91**

Se determinaron e identificaron áreas críticas que tiene el proceso financiero, para que de esta manera se tomen las acciones correctivas a tiempo y de esta manera tomar decisiones de manera oportuna y acertada con eficiencia, eficacia.

También se determinó el nivel del riesgo y se puede observar que el Área de Salud No. 3 cuenta con un riego del 75.83% el mismo que está considerado como moderado al igual que su nivel de confianza.

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DEL RIESGO

RIESGO (CONFIANZA) = CALIFICACIÓN TOTAL*100
PONDERACIÓN TOTAL

RIESGO $\frac{91 * 100}{120}$

75.83

	DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO			
(Confianza)				
	BAJA	MODERADA	ALTA	
	15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%	
	Alto	Moderado	Bajo	(Riesgo)

4.1.6.1.- ANÁLISIS DE RIESGO

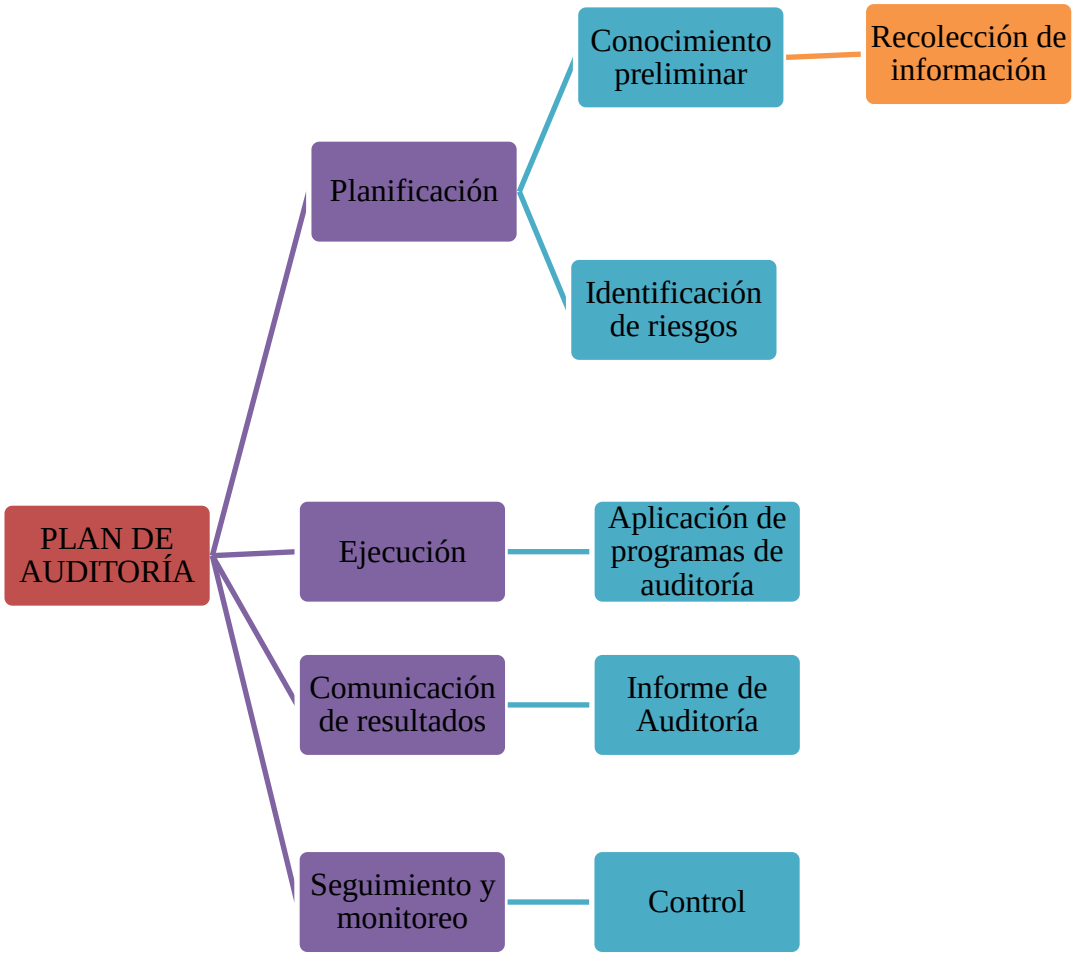
ÁREA DE SALUD No.3
EVALUACIÓN ÁREAS CRÍTICAS
COMPONENTE: PROCESO FINANCIERO

SITUACIÓN ACTUAL	NORMA	EFECTO	NIVEL DE RIESGO Y CONFIANZA	ACCIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLES	RECURSOS A UTILIZAR
Personal Desmotivado	LOSCCA ART. 58	Falta de involucramiento del personal en las funciones delegadas	75% moderado	Crear e implementar programas de motivación a los servidores públicos	Jefe de Área Coordinación Jefatura del Área Líder de proceso financiero	Humanos Económicos Materiales Tecnológicos
Personal poco capacitado	NCI 300-04 NCI 500-07	Incorrecto desempeño de actividades		Plantear programas de capacitación para este proceso.		
Falta de elaboración de un Plan Financiero veraz y oportuno y manuales vigentes.	Plan de desarrollo NCI 130-03	Desconocimiento de las actividades con su financiamiento Inadecuado desarrollo de funciones dentro del proceso.		Elaborar el plan financiero		
Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	Ministerio de Economía y Finanzas	Inadecuada adquisición de recursos financieros y humanos para el Área de Salud		De acuerdo a la situación realizar modificaciones presupuestarias para cumplir las exigencias del Área de Salud, realización del PCC		

Tecnología	NCI 110-05	Desconocimiento del manejo del sistema con el que trabaja el Proceso.		Capacitar al personal.		
Escaso control de inventarios	NCI 250-08	Desconocimiento de stocks mínimos de medicamentos para la U.O.		Establecimiento de políticas y procedimientos para control de inventarios		
Escaso manejo de reportes financieros	NCI 260-02	Desconocimiento de la situación financiera del Área y distribución del recurso económico.		Generar más reportes de para toma de decisiones.		
Documentación Incompleta	NCI 210-04	No se puede dar trámite de manera eficiente, información no veraz		Tener evidencia documental suficiente, pertinente y legal de sus operaciones.		
Recorte de Presupuesto		Impide solventar las necesidades de esta entidad		Priorizar necesidades		
Robos/ siniestros	NCI 110-13	Perdida de información financiera valiosa para el Área.		Realizar plan de contingencia en caso de robos o siniestros		
Falta de un control adecuado en cuanto al efectivo	NCI 230-04 NCI 230-07	Malversación de fondos		Elaborar un plan de caja		

4.1.7.- PLAN GLOBAL DE AUDITORÍA

El Plan Global de Auditoría se conforma con los recursos humanos y físicos, las operaciones predeterminadas, las pruebas a aplicar y los objetivos a alcanzar con el examen. El cuadro sinóptico que se detalla a continuación, indica las fases de auditoría y lo que se realiza en cada una de ellas.



4.2.-FASE II PLANIFICACIÓN

Esta es la segunda fase de la metodología de la auditoría de gestión que va a aplicarse en el Área de Salud No. 3.

Esta fase delimitara los objetivos, actividades principales, indicadores de gestión y procedimientos que son utilizados en el desarrollo de la Planificación como la evaluación del sistema de control interno por cada componente de este sistema, así como el análisis y calificación del riesgo; en base a este componente se elaborará un memorando de planificación y la elaboración de los programas de auditoría a ser empleados.

Una planificación adecuada permitirá evaluar la gestión del Área de Salud y de esta manera verificar si se han llegado a cumplir con las metas y objetivos establecidos por la entidad.

4.2.1.- OBJETIVO DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN

El objetivo de esta fase es el diseño de estrategias para lograr resultados óptimos en cuanto la eficiencia, eficacia y economía de los recursos tanto humanos como materiales existentes en el Área de Salud No. 3, con respecto a las áreas críticas detectadas dentro de la organización con el propósito de que el Jefe del Área de Salud tome acciones correctivas a tiempo en beneficio del Área de Salud y la comunidad.

4.2.2.- INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores que se manejan y constan en el POA del Área de Salud son los siguientes:

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1

- No. de fichas familiares abiertas
- No. de EBAS estructurados
- No. de Pacientes detectados con enfermedades catastróficas
- No. de beneficiarios atendidos
- No. de profesionales capacitados
- No. de prestaciones cubiertas por la LMGYAI

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2

- No. de niñas y niños de entre 6 y 36 meses que reciben productos de complementación alimentaria
- No. de mujeres embarazadas que reciben complementación alimentaria
- No. de niños y niñas menores de 1 año que reciben Vitamina A y suplemento de hierro en gotas
- No. total de primeras consultas de prevención a menores de un año
- No. total de consultas de prevención a niños y niñas menores de 1 año
- No. total de primeras consultas de control de embarazo
- No. total de consultas de control de embarazo

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3

- No. total de servidores que laboran en la institución
- No.de medicamentos adquiridos en relación a la lista de medicamentos esenciales definida localmente
- % utilizado del presupuesto asignado a la adquisición de medicamentos

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4

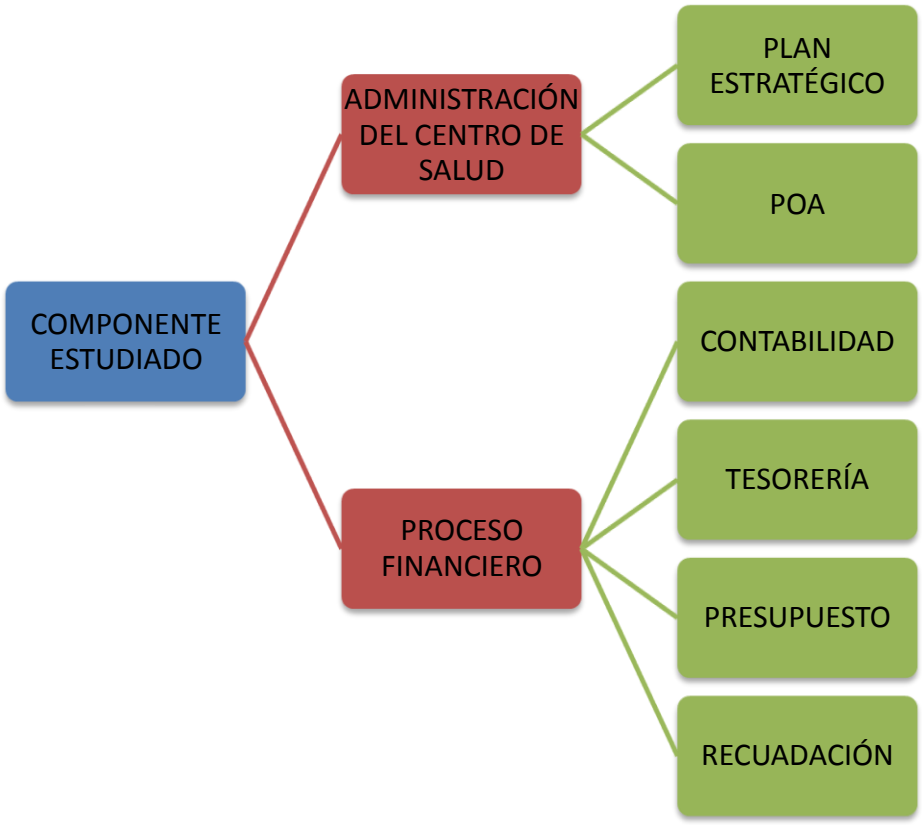
- No. de casos atendidos
- No. de actividades realizadas
- No. de actividades ejecutadas
- No. de actividades realizadas
- No. Total de primeras consultas de morbilidad

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 5

- No. de unidades equipadas o reequipadas
- No de obras civiles realizadas

4.2.3.- COMPONENTE A SER ESTUDIADO

El componente objeto de estudio en el Área de Salud No. 3 es:



El componente a ser estudiado es la administración del Área de Salud No. 3, este componente se estudiará y analizará el plan estratégico y POA, así como el proceso financiero y los sub- componentes que conforman dicho proceso como son: presupuesto, contabilidad, recaudación y tesorería.

4.2.4.- EVALUACIÓN DE RIESGO (DETERMINACIÓN DEL RIESGO)

En este punto se pretende determinar cuáles son las áreas críticas con las que cuenta el Centro de Salud No. 3, con la finalidad de identificar los riesgos de auditoría.

ÁREA DE SALUD No.3
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO
COMPONENTE: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL ÁREA DE SALUD

No.	RIESGO	TIPO DE RIESGO	NIVEL DE RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1	Personal Desmotivado	Inherente	Medio	10	5
2	Personal poco capacitado	Control	Medio	10	7
4	Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	Inherente	Alto	10	7
5	Demora en el trámite de adquisiciones de insumos y materiales	Detección	Medio	10	6
6	Falta de estructuración de indicadores de gestión en el Plan Estratégico	Inherente	Alto	10	9
7	Falta de actualización del Plan estratégico	Inherente	Medio	10	9
8	Escaso logro de los objetivos institucionales	Control	Alto	10	9
9	Falta e elaboración de manuales interno y procedimientos	Inherente	Medio	10	8
10	No correspondencia entre los perfiles de formación y las necesidades operativas de las unidades de salud y la práctica sanitaria en general.	Control	Medio	10	9
11	Disminuir tiempos de espera a los usuarios de consulta externa	Detección	Medio	10	7
12	Ausentismo en el Área de Salud	Control	Medio	10	8
13	Falta de trabajo en equipo	Control	Medio	10	8
14	Información Inoportuna	Control	Medio	10	8

ÁREA DE SALUD No.3
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO
COMPONENTE: PROCESO FINANCIERO

No.	RIESGO	TIPO DE RIESGO	NIVEL DE RIESGO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN
1	Personal Desmotivado	Inherente	Medio	10	6
2	Personal poco capacitado	Inherente	Medio	10	7
3	Falta de elaboración de un Plan Financiero y procedimientos.	Control	Alto	10	9
4	Limitación en el presupuesto asignado al Área de Salud	Inherente	Medio	10	7
5	Tecnología	Control	Medio	10	7
6	Escaso control de inventarios	Inherente	Alto	10	9
7	Escaso manejo de reportes financieros	Control	Medio	10	9
8	Documentación Incompleta	Control	Medio	10	6
9	Recorte de Presupuesto	Control	Medio	10	9
10	Robos/ siniestros	Detección	Medio	10	7
11	Falta de un control adecuado en cuanto al efectivo	Control	Medio	10	8
12	Manejo escaso de la normativa del control de Activos Fijos	Control	Medio	10	9

4.2.5.- MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN

MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN	
Entidad:	Área de Salud No. 3
Período:	Enero a Diciembre de 2009
Auditoría de Gestión a:	Gestión Estratégica y Proceso Financiero del Área de Salud No. 3
Preparado por: (Jefe de Equipo)	Katherine López
Revisado por: (Supervisor)	Daysi Pachacama
1. **REQUERIMIENTO DE LA AUDITORÍA**	Informe Largo de Auditoría
2. FECHA DE INTERVENCIÓN	**FECHA ESTIMADA**
- Orden de Trabajo	07/04/2010
- Inicio del trabajo en el campo	08/04/2010
- Finalización del trabajo en el campo	22/04/2010
- Discusión del borrador del informe con funcionarios	24/06/2010
- Presentación del informe a la Dirección	25/06/2010
- Emisión del informe final de auditoría	14/07/2010
3. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (Nombres)	
- Coordinador	Carla Zamora
- Supervisor	Daysi Pachacama
- Jefe de Equipo	Katherine López
- Auditor Operativo	Rodrigo Carrillo
4. **DÍAS PRESUPUESTADOS**	
90 Días laborables, distribuidos en las siguientes fases:	
- FASE I, Conocimiento Preliminar	15 días
- FASE II, Planificación	15 días
- FASE III, Ejecución	30 días
- FASE IV, Comunicación de Resultados	30 días
5. RECURSOS FINANCIEROS Y MATERIALES	
5.1 Materiales	Hojas, computador, impresora
5.2 Viáticos y pasajes	50 usd
6. **ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**	
6.1 **Información General de la Entidad**	- Misión, Visión, Objetivos
	- Actividades principales
	- Estructura orgánica
	- Financiamiento
	- Principales fuerzas y debilidades
	- Principales oportunidades y amenazas
	- Componentes escogidos para la fase de ejecución
6.2 **Enfoque a:**	
	(Auditoría Gerencial-Operativa y de Resultados)
	(Auditoría orientada hacia la eficacia en el logro de los objetivos y actividades)

6.3 Objetivo:	
6.3.1 Objetivo General	Determinar la eficiencia, eficacia de las operaciones que se realizan en la parte administrativa y financiera del Área de Salud.
6.3.2 Objetivos Específicos por cada uno de los componentes	Examinar el manejo adecuado de los procedimientos, políticas y prácticas que se realiza la administración. Verificar la existencia de manuales de funciones y procedimientos del proceso. Determinación de las herramientas con las que cuenta el Área para controlar sus objetivos y metas.
6.4 Alcance:	Gestión Estratégica Área de Salud No. 3 Proceso Financiero
6.5 Indicadores de Gestión:	- Indicadores de rendimiento
	- Indicadores de productividad
	- Indicadores de efectividad
	- Indicadores de eficiencia
	- Indicadores de impacto
	- Indicadores gestión financiera
6.6 Resumen de los Resultados de la Evaluación del Control Interno.	
La evaluación realizada al Área de Salud y -proceso financiero de acuerdo a la ponderación realizada determinó la existencia de un riesgo moderado en la primera de 71% y el segundo componente estudiado de 77%.	
6.7 Calificación de los Factores de Riesgo de Auditoría	Esta calificación se la puede encontrará con más detalle en la págs. 121 y 122 del capítulo IV
6.9 TRABAJO A REALIZAR POR LOS AUDITORES EN LA FASE DE EJECUCIÓN	
Gestión Estratégica (Administrativa) Elaboración de Programa de Auditoría basados en Plan Estratégico y POA	
Proceso Financiero Aplicación de cuestionarios de control interno, programas de Auditoría	
7. COLABORACIÓN DE LA ENTIDAD AUDITADA:	Jefe del Área de Salud y Personal del Proceso Financiero
8. OTROS ASPECTOS	- Se anexa programas de trabajo y cuestionarios de control interno por cada
	componente (Preparados en forma conjunta por auditores y otros profesionales)
	- El archivo permanente fue creado y organizado en la presente auditoría de gestión
9. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD DE LA PLANIFICACIÓN	
Supervisor	**Jefe de Equipo**
Daysi Pachacama	Katherine López

4.2.6.- CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

4.2.7.- ELABORACIÓN DE MODELO DE PROGRAMA DE AUDITORÍA PLAN ESTRATÉGICO Y POA

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Telefono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

PT I/I

ENTIDAD: **ÁREA DE SALUD No. 3**
SUBCOMPONENTE: Procesos de elaboración, ejecución de Planes Estratégicos y Operativos

OBJETIVOS				
1	Evaluar la eficiencia y eficacia del plan estratégico con que cuenta el Área de Salud No. 3.			
2	Verificar que indicadores de gestión manejan en el Área de salud No. 3.			
No.	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1	Determine la normativa legal bajo la cual se rige la Planificación Estratégica del Área de Salud No. 3.	NCI	KL	10/06/10
2	Mencione las partes como está estructurado el Plan Estratégico de la institución.	PE	DP	10/06/10
3	Indique si el Plan Estratégico de la institución tiene incluido un plan financiero	PE	KL	10/06/10
4	Indique que áreas intervinieron en la elaboración del plan estratégico	PE	KL	10/06/10
5	Mencione los objetivos institucionales del Área de Salud, fijados en el POA	POA	PD	10/06/10
6	Verifique que en la matriz POA se encuentre el porcentaje alcanzado de la meta planteada por el Área de Salud.	POA	PD	10/06/10

4.2.8.- ELABORACIÓN DE MODELOS DE PROGRAMAS DE AUDITORÍA PROCESO FINANCIERO

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PT 1/4

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

ENTIDAD: **ÁREA DE SALUD No. 3**
PROCESO: PRESUPUESTARIO INSTITUCIONAL

	OBJETIVOS			
1	Determinar el grado de eficiencia en la ejecución presupuestaria de los ingresos, gastos del Área de Salud No. 3.			
2	Determinar el nivel de cumplimiento de las metas presupuestarias contempladas en las actividades y proyectos.			
3	Identificar las acciones que se toman cuando el presupuesto asignado es menor al solicitado por el Área de Salud.			
4	Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales para la programación, formulación y aprobación, ejecución, control y evaluación y liquidación presupuestaria.			
No.	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1	Identifique que indicadores de gestión se aplican dentro de este subproceso	POA	KL	11/06/10
2	Solicite las actividades que se realizan en este componente.	C.I	KL	11/06/10
3	Verificar la existencia de manuales de procedimientos que describa: trámites para la aprobación, ejecución, registro, y control presupuestal.	C.I	KL	11/06/10
4	Indique los procedimientos para elaborar una pro forma presupuestaria.	C.I	KL	11/06/10
5	Mencione porqué motivos se realizan reformas y reprogramaciones presupuestarias	C.I	KL	11/06/10
6	Identifique el procedimiento que se sigue para la realización de reformas y/o reprogramaciones del Área de Salud.	C.I	KL	11/06/10
7	Efectúa la evaluación de la Ejecución Presupuestaria existente en el Área de Salud.	C.I	KL	14/06/10
8	Indique que herramientas de gestión utiliza el proceso financiero.	C.I	KL	14/06/10
9	Verifique si el proceso realiza el plan anual de compras (PAC).	PAC	KL	14/06/10
10	Evalúe el Sistema de Control Interno que se maneja en el proceso		KL	14/06/10
11	Solicite el Programa Operativo Anual (POA) del proceso financiero y verifique el grado de cumplimiento de objetivos y metas alcanzadas.	POA	KL	14/06/10
12	Evalúe los análisis económicos-financieros emitidos por este proceso que permiten medir de forma eficiente y eficaz las operaciones de la entidad.	C.I	KL	14/06/10
13	Determine en qué casos se solicita una certificación presupuestaria.		KL	14/06/10
14	Compruebe si el proceso presupuestario del Área de Salud cuenta con flujogramas.		KL	14/06/10

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PT 2/4

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

ENTIDAD: **ÁREA DE SALUD No. 3**
PROCESO: **CONTABILIDAD**

	OBJETIVOS			
1	Identificar las políticas y procedimientos que se rigen en este sub-proceso.			
2	Determinar que controles se llevan a cabo en este sub-proceso.			
3	Detallar qué tipo de información contable-financiero se maneja en el Proceso Financiero			
No.	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1	Indique las principales actividades que se realizan en este sub-proceso	POA	DP	15/06/10
2	Determine la normativa sobre las cuales desarrolla sus funciones.	C.I	DP	15/06/10
3	Compruebe si los hechos económicos son registrados en el momento que ocurren.	C.I	DP	15/06/10
4	Verifique que el área de salud cuente con catálogos de cuentas contables propios.	C.I	DP	15/06/10
5	Establezca que documentación es revisada por el Contador.	POA	DP	15/06/10
6	Determine si se lleva algún registro para el control de bienes de larga duración.	C.I	DP	15/06/10
7	Defina que reportes financieros se manejan en este proceso.	C.I	DP	15/06/10
8	Indique que tipo de ajustes se realizan en el Área de Salud	C.I	DP	15/06/10
9	Mencione el método de inventarios que maneja el proceso financiero.	C.I	DP	15/06/10
10	Señale las actividades que se realizan para el ingreso de facturas al sistema E-SIGEF	C.I	DP	16/06/10
11	Indique que actividades y mecanismos se utiliza para la conciliación de saldos.	C.I	DP	16/06/10
12	Determine si se custodia adecuadamente los documentos bajo la responsabilidad del contador.	C.I	DP	16/06/10
13	Solicite las actividades que se realizan para subir al sistema E-Sipren de nomina de funcionarios (Administrativo, contrato colectivo, ocasionales)	C.I	DP	16/06/10
14	Determine si este proceso cuenta con un flujograma del proceso contable del Área de Salud	C.I	DP	16/06/10

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

PT 3/4

ENTIDAD: **ÁREA DE SALUD No. 3**
ÁREA: **TESORERÍA**

OBJETIVOS				
1	Determinar claramente las funciones y responsabilidades de la persona encargada de este proceso.			
2	Comprobar los controles que se tiene para el control de efectivo son eficientes			
3	Determinar con que reportes financieros trabaja tesorería			
No	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1	Determine las actividades que se realizan en este sub-componente.	POA	DP	17/06/10
2	Identifique claramente las funciones, responsabilidades y obligaciones de la persona que labora en este sub-componente.	POA	KL	17/06/10
3	Confirme la existencia de un plan de arqueos de caja	CI	KL	17/06/10
4	Nombre las principales políticas que se determinan en este sub-proceso con respecto al control del efectivo.	CI	DP	17/06/10
5	Evidencie la existencia de manual de procedimientos para este sub-proceso.	CI	KL	17/06/10
6	Verifique la existencia de programas para el mejoramiento del sistema de recaudación.	CI	DP	17/06/10
7	Elabore un mapa conceptual en el que indique que documentación sustentatoria se requiere para la realización de pago a proveedores.	CI	DP	17/06/10
8	Verifique la eficiencia en las operaciones de cobros y pagos.	CI	KL	17/06/10
9	Señale la existencia de métodos o sistemas que permitan mantener la integridad y la custodia de los fondos, valores y documentación propiedad del Área de Salud.	C.I	DP	17/06/10
10	Compruebe que este proceso cuenta con flujogramas de las actividades que realiza.	C.I	DP	17/06/10

K.L AUDITORA

Dirección: Tnte. García Oe 622 y Mariscal Sucre
Teléfono: 2654 414
e-mail: k.l.auditora@hotmail.com

PROGRAMA DE AUDITORÍA
ÁREA DE SALUD No. 3
Año 2009

PT 4/4

ENTIDAD: **ÁREA DE SALUD No. 3**
ÁREA: **RECAUDACIÓN**

OBJETIVOS				
1	Determinar qué actividades se desempeñan dentro de este sub-proceso.			
2	Conocer y analizar los reportes que genera la persona encargada de la recaudación del Área Salud.			
No	**PROCEDIMIENTOS**	**REF. P/T**	**HECHO POR**	**FECHA**
1	Determine las principales actividades que realizan en este componente	CI	KL	18/06/10
2	Mencione los métodos de control que se tienen en este componente	CI	KL	18/06/10
3	Elabore indicadores que midan la eficacia y eficiencia de este componente	CI	KL	18/06/10
4	Evidencia la existencia de un flujograma de este proceso	CI	KL	18/06/10
5	Compruebe si se realizan arqueos de caja	CI	DP	18/06/10

4.3. –FASE III EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

4.3.1.- OBJETIVOS DE LA FASE

- Verificar el cumplimiento de la base legal y normativas vigentes.
- Examinar el manejo adecuado de los procedimientos, políticas y prácticas que realiza la administración.
- Verificar la existencia de manuales de funciones y procedimientos del proceso.
- Aplicar las técnicas de auditoría tradicionales, tales como: inspección física, observación, indagación, y análisis.
- Elaborar Cuestionarios de Control Interno para de esta manera tener una clara visión de la entidad y el comportamiento del proceso financiero.
- Elaborar Programas de Auditoría y aplicar los procedimientos establecidos en los programas.
- Desarrollar los hallazgos significativos de la gestión estratégica y proceso financiero así como de sus componentes considerados como críticos, determinando los atributos de condición, criterio, efecto y causa que motivaron cada desviación o problema identificado.
- Definir la estructura del informe de auditoría
- Determinar indicadores de gestión que pueden emplearse en el Área de Salud para de esta manera medir y evaluar el comportamiento y variaciones que ha tenido el ente bajo estudio.
- Determinar lineamientos para la elaboración de manuales dentro del Área de Salud.

4.3.2.- ANÁLISIS DE CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: ----------

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Tal como se observa en el cuadro No. 01, 02, 03, 08, 33, 48; se puede decir con la tabulación realizada al cuestionario concerniente al componente: Proceso Financiero, este proceso está con **un riesgo alto** ya que el 66,77% de las personas que integran el departamento coinciden:

- **No existen manuales de procedimientos**, lo que genera falta de conocimiento del funcionamiento interno con respecto a descripción de tareas, ubicación, implementación de adecuadas políticas de control interno, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución; ocasionando una inadecuada inducción del puesto, adiestramiento y capacitación.

  Impiden la simplificación del trabajo como: análisis de tiempos, delegación de autoridad, controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria, análisis de procedimientos y métodos utilizados, así como una correcta evaluación del control interno y su evaluación.

- **Falta de arqueos de caja**, al no tener implementada esta política de control interno, ocasiona que no se pueda comprobar con eficiencia el correcto uso que se está haciendo al dinero, por parte de las personas responsables.

- **Elaboración de presupuestos históricos**, la elaboración y la metodología es mala, ya que no se acoplan a las necesidades reales del Área de Salud.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Tesorería

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

En los cuadros No. 34 al 48 correspondiente a la tabulación del cuestionario de C.I. de Tesorería, es parte del proceso financiero está con **un riesgo moderado** ya que un 33.33% del personal que integra este departamento manifiesta que no existen manuales de procedimientos para el área de tesorería impidiendo de esta manera tener un adecuado control o desenvolvimiento , los comprobantes que sustentan el desembolso no tienen una leyenda que diga PAGADO o CANCELADO, lo cual podría ocasionar inconvenientes , pagos dobles.

Cuenta el proceso con un archivo de comprobantes tanto de ingreso como de egreso en forma secuencial y cronológica, no manejan chequeras por ende no hay personas que firmen, en vez de esto se realizan transferencias al BCE (Banco Central del Ecuador).

Antes de proceder al pago a cualquier proveedor se verifica el trámite, mismo que debe estar de acuerdo a las políticas establecidas por el Proceso Financiero.

No cuenta con una caja fuerte, ocasionando inseguridad para el resguardo del efectivo y documentos.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Presupuestos

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Se puede decir con la tabulación realizada al cuestionario concerniente a Presupuestos, en los cuadros No. 49 al 61, este segmento del proceso está con **un riesgo bajo** ya que las personas que integran el departamento coinciden en la: **Existencia de manuales en la parte presupuestal**, de esta manera facilitan las actividades y control de la persona encargada **Instrumentos para la formulación de presupuesto:** facilitan de esta manera el trabajo ya que se acogen a las políticas establecidas por el Ministerio de Economía y Finanzas teniendo como instrumento el clasificador presupuestario de ingresos y gastos. Se realizan **proformas presupuestarias** a través de la cual se puede determinar la capacidad real de operación del Área de Salud.

El presupuesto es una herramienta muy importante para el Área de Salud ya que se utiliza para la previsión de ingresos y gastos para un determinado periodo de tiempo, por lo general un año.

El presupuesto permite al Área de Salud establecer prioridades y evaluar la consecución de sus objetivos, ya que están sujetos o regidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Contabilidad

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Este sub- componente está con **un riesgo bajo** el 33,33% manifiestan por medio del cuestionario de Control Interno aplicado en el proceso que, no cuentan con sistemas que faciliten el ingreso de transacciones puesto que todo se centra en el Ministerio de Economía y Finanzas a través del E-SIGEF, que es un sistema contable que se maneja en el Sector Público. Por esta razón el Área de Salud no lleva contabilidad.

El 100% del personal coincide en que el archivo de comprobantes de ingreso y egreso está en un lugar seguro, se suministran informes financieros para la toma de decisiones, se realizan rendiciones de cuentas para ver el desempeño y productividad del proceso, se entregan al líder del proceso los documentos fuente previa revisión para la respectiva autorización, se establecen saldos de las diferentes cuentas que maneja el área, se cumple en su totalidad las ordenes dispuestas por el jefe financiero , cumplen la normativa legal en la que se desenvuelve el Área de Salud, como se puede apreciar en los cuadros No. 62 al 75.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Recaudación

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Se puede decir con la tabulación realizada al cuestionario correspondiente a los cuadros No. 76 al 87, concerniente a este sub- componente, tiene **un riesgo alto** ya que la tesorera no coordina con recaudación en lo referente a la optimización y mejoramiento del sistema de recaudación existente en el Área de Salud.

La recaudadora no entrega el efectivo a la Tesorera para el respectivo deposito diario; no se concilia la Caja al finalizar la jornada de labores.

No hay veracidad de la información entregada por recaudación a tesorería, ya que no existen reportes de entrega recepción de documentos y valores.
La Tesorera indica mediante la aplicación del cuestionario de Control Interno que los valores recaudados no son exactos , ni veraces.

En cuanto al cobro con cheques ,sí revisan que estén bien los datos y que no esté posfechado, entregan comprobantes de venta por los cobros realizados , cuenta con un archivo secuencial y cronológico, existe un área exclusiva para la recaudación de valores.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Situación Tributaria

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Mediante la tabulación realizada y los cuadros No. 88 al 96, el Sub componente Situación Tributaria está con **un riesgo bajo** ya que existen algunos aspectos tributarios que no se han ejecutado como es la devolución del IVA. Realizan las declaraciones establecidas por el Servicio de Rentas Internas (SRI).

El 100% del personal coincide en que se mantiene un monitoreo del cumplimiento tributario, realizan reportes de las declaraciones mensualmente, permitiendo un conocimiento de las variaciones que surgen mes a mes del Área de Salud.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Personal y Nómina

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

En los cuadros No. 97 al 101 se pudo determinar que este sub- componente está con **un riesgo bajo,** ya que el 100% del personal integrante del proceso financiero manifiestan por medio de la aplicación del Cuestionario de Control Interno que, las vacaciones, pago de horas extras y compensaciones son autorizadas por el Jefe del Área y proceso financiero, previa certificación de fondos, existe un control adecuado en cuanto a la realización de descuentos al personal, existe respaldo de los pagos realizados a los funcionarios del Área de Salud, así como las aportaciones al seguro social.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE: Proceso Financiero
SUB-COMPONENTE: Inventarios

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

FECHA: 20/05/2010

Con la tabulación realizada al cuestionario y que están representados en los cuadros No. 102 al 111, este proceso está con **un riesgo moderado** el 33,33% puesto que no se realizan inventarios físicos permanentes , en lo que se refiere a materiales e insumos que se manejan en el Área de Salud, además no cuentan con el suficiente recurso humano para realizar esta actividad.

El 100% del personal coincide en que las compras son realizadas a través del portal del INCOP, dichas compras necesitan autorización y cotización para ser adquiridos, el proceso financiero participa en la toma física de inventarios para el control de los mismos.

Cuentan con una metodología para los inventarios de medicamentos que es el PEPS, este método es el que se aplica en el Ministerio de Salud Pública, se notifican inmediatamente las devoluciones que se realizan de mercaderías ya que una vez registradas se proceden al pago de las mismas, además las facturas de las mercaderías e insumos son verificadas con las órdenes de compra.

ELABORADO	REVISADO	VISTO
Katherine L.	Andrea V	Danny G.
AUDITORA	**JEFE DE EQUIPO**	**SUPERVISOR**

4.3.3.- EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE AUDITORÍA

PLAN ESTRATÉGICO Y POA

PROCEDIMIENTO No. 1

OBSERVACIONES

La normativa legal bajo la cual se rige la planificación estratégica del Área de Salud es la siguiente:

- Constitución Política del Ecuador Art. 22 Administración Pública
- Normas de Control Interno 110-01 Fundamentos del Control Interno

CONCLUSIÓN

Cumplimiento de la normativa legal para la realización de plan estratégico.

RECOMENDACIÓN

Se debe actualizar de acuerdo a los nuevos factores internos y externos que se presenten en el Área, para de esta manera cumplir con los objetivos y metas trazados por la institución.

PROCEDIMIENTO No. 2

OBSERVACIONES

El plan estratégico del Área de Salud está conformada por los siguientes componentes:

1. Análisis Estratégico
   - 1.1. Misión
   - 1.2. Visión
   - 1.3. Análisis interno
   - 1.4. Análisis de la situación del recurso humano del Área
2. Diagnóstico
   - 2.1. Determinación de F.O.D.A
3. Implementación de Estrategias
   - 3.1. Acciones estratégicas

3.2. Ejes de cambio

3.3. Líneas estratégicas para el período

4. Plan operativo

5.1. Área de enfermería y obstetricia

5.2. Área de medicina y odontología

5.3. Principales problemas del área

5. Bases organizativas para el cambio institucional

CONCLUSIÓN

Se deben implementar todas las necesidades de los diferentes procesos que constituyen el Área de Salud No. 3, no sólo los procesos médicos.

RECOMENDACIÓN

Se debe incorporar aspectos como: objetivos y valores de la institución, plan de acción, planes de incentivos, plan financiero, actualizar de acuerdo a los nuevos factores internos y externos que se presenten en el Área, para de esta manera cumplir con los objetivos y metas trazados por la institución; así como la realización de un cronograma para la ejecución de las acciones estratégicas a tomarse.

PROCEDIMIENTO No. 3

OBSERVACIONES

El plan estratégico del Área de Salud no cuenta con una estructura financiera.

CONCLUSIÓN

Se deben estructurar e implementar en el Plan Estratégico el presupuesto que se va a disponer para cada plan de acción y estrategias propuestas en el mismo.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda hablar con el líder financiero para que se incorpore él aspecto presupuestario dentro del plan estratégico y poder ejecutar de manera eficiente los programas que tiene el Centro de Salud No. 3.

PROCEDIMIENTO No. 4

OBSERVACIONES

En el plan estratégico del Área participaron los siguientes procesos:

CONCLUSIÓN

No se tomaron en consideración el resto de procesos del Área de salud.

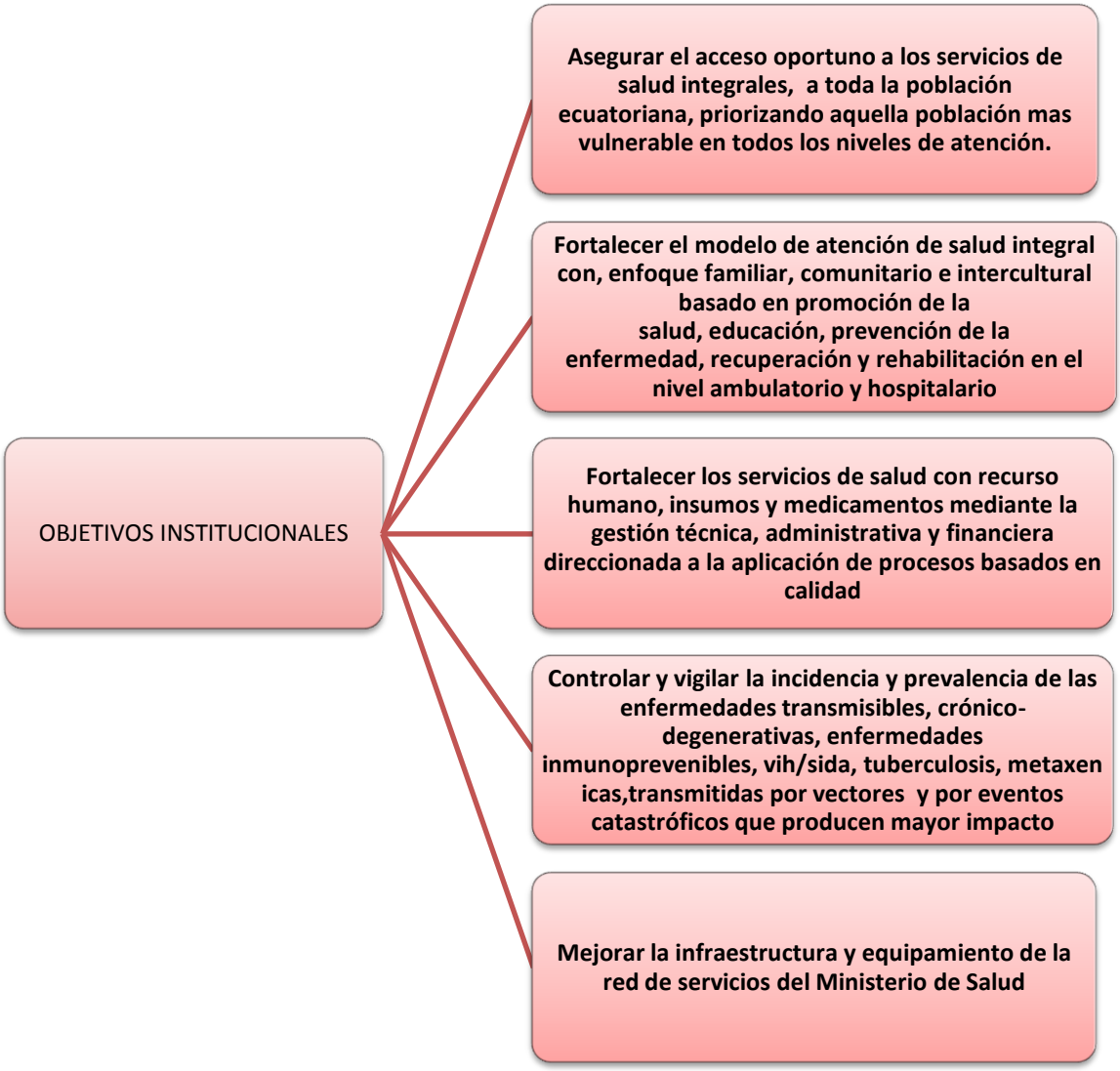
RECOMENDACIÓN

Se debe tomar en consideración todas las necesidades de los diversos procesos con los que cuenta el Área de Salud, para conocer mejor la realidad en la que se desenvuelve esta institución.

PROCEDIMIENTO No. 5

OBSERVACIONES

Los objetivos institucionales que constan en el POA del año 2009 son:



CONCLUSIÓN

Estos objetivos son trazados por la SENPLADES, es decir objetivos nacionales que deben cumplirse.

RECOMENDACIÓN

Realizar estrategias que se cumplan con la realidad del entorno en que se desenvuelve y desarrolla sus actividades en el Área de Salud a fin de lograr los objetivos antes mencionados.

PROCEDIMIENTO No. 6

OBSERVACIONES

No hay porcentajes de cumplimiento en varias actividades ejecutadas en esta matriz

CONCLUSIÓN

En el análisis realizado a la matriz del POA, se puede constatar que no existen porcentajes en el cumplimiento de algunas metas planteadas por el Área de Salud No. 3. No existe un adecuado control y monitoreo del POA.

RECOMENDACIÓN

Se debe especificar el porcentaje de logro de la actividad realizada a fin de tener un dato que nos permita tomar acciones correctivas en caso de no cumplir o sí se ha alcanzado con el logro de dicha actividad.

PRESUPUESTOS

PROCEDIMIENTO No. 1

OBSERVACIONES

Los indicadores que se maneja en el proceso financiero en la parte presupuestal es el de ejecución presupuestaria que se indica a continuación:

INDICADOR	CÁLCULO
% MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS	No. Modificaciones presupuestarias registradas x 100 / No. Modificaciones aprobadas
% REPROGRAMACIONES	No. Reprogramaciones presupuestarias aprobadas x 100 / No. Reprogramaciones aprobadas
% CERTIFICACIONES PRESUPUESTARIAS	No. Certificaciones emitidas x 100 / No. Certificaciones solicitadas

Se debe conformar un banco de indicadores que ayude a regular la eficiencia y eficacia de las operaciones que se realizan, así como brindar seguridad en los procesos de valoración y evaluación de planes, programas y proyectos.

CONCLUSIÓN

Se debe considerar las demás operaciones que se realizan dentro de este sub componente y no sólo la ejecución presupuestaria, ya que de esta manera se puede

tener un mayor control y evaluación de cómo se desarrollan sus actividades y tomar decisiones de manera oportuna.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda que tanto el Jefe de Área como el Líder financiero utiliCEN los indicadores antes mencionados para de esta manera verificar y determinar los logros, avances y desviaciones.

PROCEDIMIENTO No. 2

OBSERVACIONES

Las actividades que se realizan en este sub componente son: Elaboración de pro forma presupuestaria, proyección de gastos en base al año anterior, solicita la asignación presupuestaria para el Área de Salud, distribución de recurso económico a cada partida, envío de proforma al MEF para la consolidación y su aprobación, revisión de documentos fuente, elaboración de certificaciones presupuestarias, realización de PIA (Programación Indicativa Anual), realización de programación cuatrimestral (PCC), ejecución de presupuesto aprobado, realización de reformas y modificaciones, liquidación presupuestaria.

Se debe sumar a estas actividades la elaboración de un estado de ejecución presupuestaria por lo menos de forma semestral; para de esta forma conocer el déficit o superávit con el que cuenta el Área de Salud y de esta manera asignar los recursos a las unidades operativas y a cada proceso.

CONCLUSIÓN

Se debe tener por escrito las actividades que se llevan a cabo dentro de este sub componente las mismas que servirían como lineamientos para la realización del trabajo cotidiano.

RECOMENDACIÓN

Es urgente que el Jefe financiero diseñe y establezca por escrito las actividades que se realizan en este sub componente.

PROCEDIMIENTO No. 3

OBSERVACIONES

No existen manuales, guías, dentro del proceso financiero para este sub-componente.

No se tiene por escrito las actividades del proceso, lo que no permite delimitar bien las funciones a desarrollarse y tomar medidas correctivas a ser consideradas en caso de que existan irregularidades.

CONCLUSIÓN

Se deben diseñar manuales, guías, reglamentos, en los que se estipulen las actividades, medidas correctivas, mecanismos, procedimientos, para el desarrollo de las funciones, así como control que se deben efectuar.

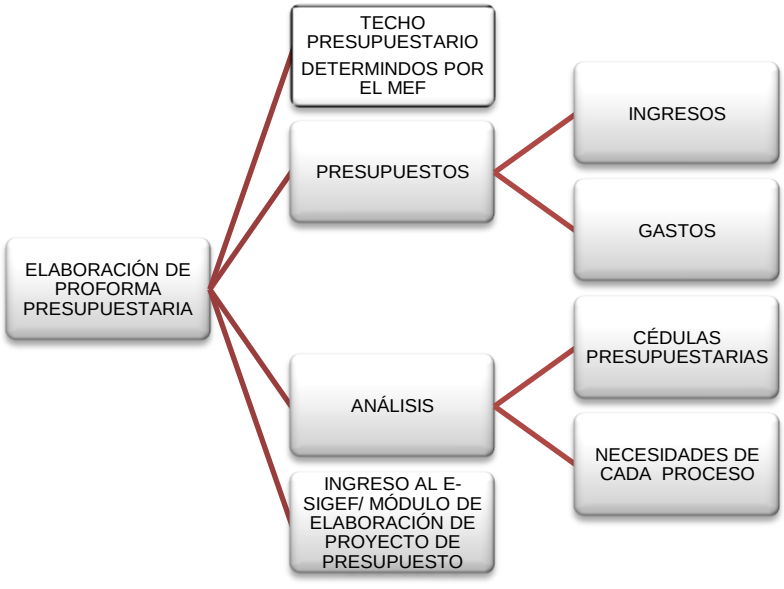
RECOMENDACIÓN

Se deben implementar manuales, guías, reglamentos y lineamientos que normen el desarrollo de las operaciones diarias que se realizan en el proceso, así como medidas correctivas que se deben considerar en caso de desviaciones.

PROCEDIMIENTO No. 4

OBSERVACIONES

El Área de Salud No. 3 realiza la proforma presupuestaria de la siguiente manera:



CONCLUSIÓN

Es importante tener en consideración para la elaboración de la proforma presupuestaria , el plan anual de adquisiciones para de esta manera tener un mayor control de las operaciones y actividades que se realizan dentro del proceso de servicios institucionales, es necesario establecer por escrito políticas y mecanismos para la elaboración de proformas presupuestarias.

RECOMENDACIÓN

Para realizar eficazmente las reformas presupuestarias del Área de Salud No. 3, se debería tomar en cuenta las actividades a más de las señaladas las siguientes:

PROCEDIMIENTO No. 5

OBSERVACIÓN

En el Área de Salud se realizan reformas y reprogramaciones bajo los siguientes conceptos:

REFORMAS	REPROGRAMACIONES
• Faltan recursos en alguna partida presupuestaria	• Necesidades no previstas dentro de los períodos programados a nivel de grupo de gasto

Según la guía del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), también se realizan reformas para lo siguiente:

REFORMAS	
	• Se requiere incrementar o disminuir el Presupuesto Institucional • Existe error en los códigos o en las denominaciones de las partidas presupuestarias

CONCLUSIÓN

Se puede decir que existe desconocimiento sobre los aspectos en que se realiza reformas presupuestarias, por no revisión de las guías que otorga el MEF.

RECOMENDACIÓN

Es necesario que se tenga un archivo de las guías, manuales emitidos por el MEF para estar actualizados sobre los procedimientos en cuanto a la realización de proformas tiene algún tipo de cambio.

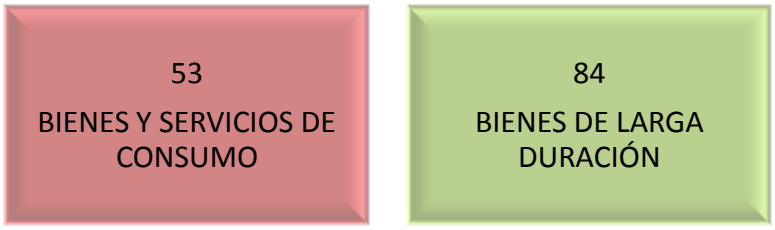
PROCEDIMIENTO No. 6

OBSERVACIÓN

El procedimiento que usa el proceso financiero para la elaboración de reformas presupuestarias es el siguiente:

REFORMAS

- Determinación de la partida que esta sin recursos
- El Líder del Proceso financiero puede aprobar y ejecutar las reformas de las siguientes partidas del grupo:



- Registra en el Sistema E-SIGEF en estado solicitado, las reformas de las partidas de los grupos antes mencionados en el módulo de Ejecución de Gastos/ comprobante institucional.
- Solicita el recurso para las partidas de los grupos:

- El Ministerio de Salud Consolida la reforma
- El Ministerio de Economía y Finanzas aprueba o rechaza la reforma

REPROGRAMACIONES

- Verificación de fondos
- Registra en el Sistema E-SIGEF en el módulo de Ejecución de Gastos/ Programación de la Ejecución Presupuestaria
- Crea la cabecera del comprobante de reprogramación en estado REGISTRADO.
- Solicita al Ministerio de Salud la consolidación de la reprogramación
- El Ministerio de Economía y Finanzas aprueba o rechaza la reforma

Es decir, cumplen con los parámetros dispuestos por la UDAF y el MEF para la realización de la reforma o reprogramación.

CONCLUSIÓN

Como son trabajos que se realizan casi de manera regular, se tiene un mayor conocimiento de la manera de cómo realizar la reforma o reprogramación y por ende como estas reformas son enviadas al MSP y al MEF deben cumplir con todos los parámetros establecidos por estas entidades para que proceda el trámite, caso contrario se niega.

RECOMENDACIÓN

Tener por escrito estos lineamientos y mantener un archivo de las reprogramaciones y reformas que se han realizado para de esta manera tener conocimiento y control de las mismas.

PROCEDIMIENTO No. 7

OBSERVACIONES

El proceso financiero saca el porcentaje de la ejecución presupuestaria de acuerdo al programa E-SIGEF, es decir el sistema hace los cálculos en el momento de emitir la cedulas presupuestarias.

Se debe analizar la información generada por el Sistema E-SIGEF, para determinar el nivel adecuado de eficacia con respecto a la ejecución de los gastos del Área de Salud.

CONCLUSIÓN

No solo se debe esperar los resultados que arroja el sistema E-Sigef, ya que no se tiene mayor conocimiento de los porcentajes de las partidas del gasto.

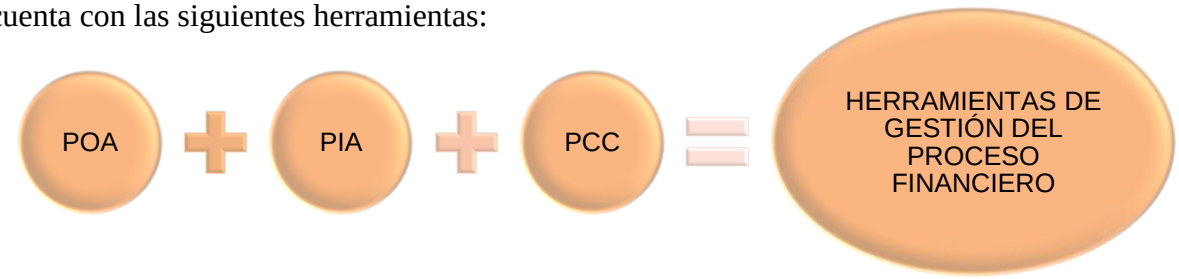
RECOMENDACIÓN

Se sugiere llevar en una hoja de Excel los porcentajes de las partidas así como de los grupos, para de esta manera realizar un resumen ejecutivo al Jefe del Área y ver cómo desembolsan los gastos del mismo.

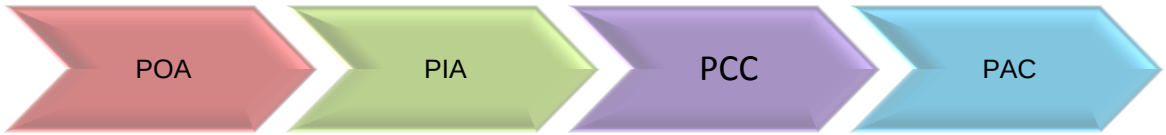
PROCEDIMIENTO No. 8

OBSERVACIONES

El proceso financiero y Área de Salud, para el desarrollo de sus metas y objetivos cuenta con las siguientes herramientas:



El proceso financiero, debe trabajar también con la realización de la Programación Anual de Contrataciones (PAC).



CONCLUSIÓN

El proceso financiero no participa en la elaboración de la Programación Anual de Contrataciones.

RECOMENDACIÓN

El proceso financiero también tiene que planificar con la persona de servicios institucionales, las adquisiciones de los diversos procesos con los que cuenta esta institución, para que él Área realice sin inconvenientes sus operaciones.

PROCEDIMIENTO No. 9

OBSERVACIONES

El Área de Salud consta con un Plan de Contrataciones, pero este no es elaborado por el proceso financiero sino por el de Servicios Institucionales, el proceso financiero se limita a asignar la partida y el recurso económico.

El Área de Salud cumple con la realización del plan anual de contrataciones según el decreto Ejecutivo 1516 publicado en el Registro Oficial del 31 de diciembre de 2008.

CONCLUSIÓN

En la realización de ésta actividad el proceso financiero no participar activamente en la elaboración del plan de compras y se limita a dar solo el recurso monetario.

RECOMENDACIÓN

El Jefe Financiero debe planificar el PAC conjuntamente con la persona encargada de servicios institucionales y de esta forma llevar datos estadísticos, consumos reales del Área de Salud.

PROCEDIMIENTO No. 10

OBSERVACIÓN

El proceso no cuenta con un sub sistema de control interno que permita regular las operaciones y actividades que se realizan dentro de este proceso.

Se debe revisar la normativa en lo referente al Control Interno que debe regir en el sector público.

CONCLUSIÓN

Se manejan de manera empírica el control de las operaciones que se llevan a cabo en este proceso y no de una manera técnica.

RECOMENDACIÓN

Se debe diseñar e implementar un sistema de control interno mismo que se ajuste a las necesidades del proceso de acuerdo a las normas de control interno que rigen al sector público.

PROCEDIMIENTO No. 11

OBSERVACIÓN

La Programación Operativa Anual (POA) con el que cuenta el proceso financiero es el siguiente (Ver Anexo No.1)

Cumple con la normativa legal en la elaboración del POA, establecido por la SENPLADES lo que permite tener metas y objetivos del proceso en la institución.

CONCLUSIÓN

Se deben establecer otros objetivos estratégicos ya que los que están en la matriz de POA se repiten, lo que no permite reflejar adecuadamente la situación que se presenta en cuanto al desenvolvimiento del proceso financiero, además se deben realizar estos en base a la situación real del proceso no a proyecciones.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda por cada actividad que se realiza en el financiero fijar un objetivo para de esta manera determine con mayor eficiencia y eficacia el porcentaje de cumplimiento.

PROCEDIMIENTO No. 12

OBSERVACIÓN

Mediante la investigación hecha a este proceso, se determinó que no se realiza por escrito análisis de la información que se maneja, se lo hace de forma verbal.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda tener un archivo sobre los análisis que se realicen sean estos por: análisis de partidas, grupos de cuentas, reformas, reprogramaciones y CUR de ingresos y gastos.

PROCEDIMIENTO No. 13

OBSERVACIÓN

El proceso de Certificación Presupuestaria, inicia con un requerimiento, sustentado en un Oficio o en un Trámite de desembolso, interno de la Institución.

El proceso de Certificación Presupuestaria, no necesita solicitarse, únicamente se registra y se aprueba.
Se ingresa esa información en el E-SIGEF.

CONCLUSIÓN

El proceso financiero es muy restringido en cuanto a la realización de sus actividades en el sistema E- SIGEF.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda dar facilidades necesarias para la realización de las investigaciones que son en beneficio tanto del proceso como de la institución.

PROCEDIMIENTO No. 14

OBSERVACIONES

No tienen elaborados flujogramas de las actividades que se realizan en este sub componente, según las normas de control interno del sector publico estipula la elaboración de flujogramas.

CONCLUSIÓN

Se cumple parcialmente con la normativa legal que rige al sector público

RECOMENDACIÓN

Se recomienda el diseño e implementación de flujogramas para de esta manera tener una adecuada segregación y separación de funciones.

CONTABILIDAD

PROCEDIMIENTO No. 1

OBSERVACIONES

Las actividades que se realizan dentro de este sub-proceso son: recepción de documentos que generan transacciones, revisión de documentos (Control Previo), ingreso de transacciones en el Sistema E-SIGEF, aprobación de pago, elaboración de ajustes, roles de pago, archivo y control de documentos y elaboración de planillas del IESS.

Otras actividades que debe realizar el contador del Área de Salud son:

- Revisión de conciliaciones bancarias
- Realizar flujos de caja
- Mantener actualizado el sistema de inventario de activos fijos De la organización.
- Realizar otras actividades secundarias de orden administrativo relacionadas con la gestión del puesto.

CONCLUSIÓN

Se determinó que se están dejando de realizar actividades que son de relevancia dentro del proceso.

RECOMENDACIÓN

Se pide a los directivos realizar capacitaciones y den a conocer las actividades al personal que se deberían realizar dentro del proceso financiero.

PROCEDIMIENTO No. 2

OBSERVACIONES

La normativa legal con la que trabaja este sub-proceso es el Registro Oficial No. 364 de contabilidad gubernamental

CONCLUSIÓN

Se cumple con la normativa legal parcialmente, ya que omiten la elaboración y presentación de ciertos estados financieros los cuales deben ser desarrollados según el RO. No. 364.

RECOMENDACIÓN

Leer el Registro Oficial, para de esta manera tener conocimiento sobre los lineamientos que se manejan en contabilidad gubernamental.

PROCEDIMIENTO No. 3

OBSERVACIONES

Las transacciones en su mayoría no son registradas cuando ocurren, depende de las autorizaciones de pago, las transacciones que se registran en el momento son los gastos por concepto de servicios básicos.

Las transacciones deben ser registradas en el momento en el que se genera la transacción.

CONCLUSIÓN

No registran inmediatamente las transacciones al generarse las mismas.

RECOMENDACIÓN

Deben registrarse al momento que surjan haya o no autorización de pago.

PROCEDIMIENTO No. 4

OBSERVACIONES

No cuentan con catálogos, clasificadores impresos, solo de manera digital del Ministerio de Economía y Finanzas.

No posee la institución un catalogo de cuentas detallado, lo que impide identificar las cuentas con las que usualmente trabajan.

CONCLUSIÓN

Deben manejar y estructurar su propio plan de cuentas institucional en el Área de Salud.

RECOMENDACIÓN

Elaborar un plan de cuentas institucional.

PROCEDIMIENTO No. 5

OBSERVACIONES

La documentación que revisa el contador es la siguiente:

DOCUMENTACIÓN

- Autorización Jefe de Área
- Factura
  - Cálculos
- Cuadro Comparativo (de ser el caso)
- Acta de Comite de farmacología (de ser el caso)
- CUR (Comprobante Único de Registro)
- Pedido(Portal INCOP)
- Disponibilidad Presupuestario
- Certificación Presupuestaria
- Ingreso a Bodega

De esta manera se tiene un control de la documentación que se maneja dentro de este proceso, las mismas que respalda sus operaciones.

CONCLUSIÓN

Se revisa la documentación necesaria inherente a sus funciones.

PROCEDIMIENTO No. 6

OBSERVACIONES

El Área no cuenta con un control de bienes de larga duración y control de existencias.

El Reglamento General de Bienes del Sector Público, del Manual General de Administración y Control de los Activos Fijos del Sector público, estipula algunos parámetros que se deben considerar para el control de Activos Fijos que maneja el Área de Salud.

CONCLUSIÓN

No se tienen definidos aun lineamientos que regulen el control de estos bienes.

RECOMENDACIÓN

Se necesita dar lineamientos internos para el control de activos fijos y existencias.

PROCEDIMIENTO No. 7

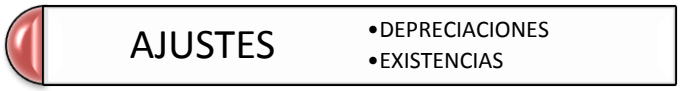
OBSERVACIÓN

En este sub-proceso se generan los siguientes reportes: Egresos, Roles de Pago y Ajustes, los mismos que permiten conocer y mantener al día estas tareas que se realizan en el componente de contabilidad.

PROCEDIMIENTO No. 8

OBSERVACIÓN

El proceso financiero realiza por concepto de ajustes lo siguiente:



Lo que permite que las cuentas que se manejan en el Área presenten su saldo real.

CONCLUSIÓN

El proceso financiero conoce los valores que tienen la cuenta de insumos médicos (existencias), ya que al no existir esta actividad entorpecería el desenvolvimiento normal del Área de Salud.

PROCEDIMIENTO No. 9

OBSERVACIÓN

El método de depreciación que se maneja en el Área de Salud es el de línea Recta y en existencias se lleva el método PEPS.

CONCLUSIÓN

Se lleva este método de control, puesto que los insumos médicos son susceptibles de caducidad por lo que, se consume las primeras existencias en adquirirse, son las primeras en consumirse.

PROCEDIMIENTO No. 10

OBSERVACIÓN

El registro en el sistema E-SIGEF del Área de Salud se lo realiza de la siguiente manera:

- Revisión de Factura
- Revisión de fecha
- Revisión de firmas de responsabilidad
- Ingreso Sistema/Presupuesto/ Cédula Presupuestaria ingresos y gastos
- Creación de Cabecera
- Llenar datos de Factura
- Creación de Comprobante
- Escoge movimiento que va hacer:
  - C y D
  - OGA
- Reconocimiento de tipo de transacción: Bienes
  Servicios

- Determinación de montos de retención del IVA y en la Fuente

CONCLUSIÓN

Se puede decir que este mecanismo de ingreso de facturas al Sistema E-SIGEF, permite controlar los datos detallados en las facturas de los proveedores.

PROCEDIMIENTO No. 11

OBSERVACIÓN

No se realiza conciliaciones de cuentas para determinar los saldos. El contador debe desarrollar conciliaciones de cuentas para un mejor control y desenvolvimiento del proceso.

CONCLUSIÓN

Deben realizar la conciliación de saldos como lo estipula las Normas de Control Interno No. **210 – 06 CONCILIACIÓN DE LOS SALDOS DE LAS CUENTAS, para de esta manera** proporcionar confiabilidad sobre la información financiera registrada y detectar diferencias.

PROCEDIMIENTO No. 12

OBSERVACIÓN

El proceso cuenta con un archivo físico de los documentos que se generan en este proceso.

CONCLUSIÓN

El contador tiene custodiado los comprobantes de Egreso, rol de pago, descuentos ya que estos documentos están a cargo del contador, los mismos se encuentran archivados de manera cronológica.

PROCEDIMIENTO No. 13

OBSERVACIÓN

Los procedimientos para la elaboración de nomina del personal de Área de Salud en el sistema E- SIPREN es el siguiente:

- ❖ Ingreso al Sistema Olympo
- ❖ Realización de archivo Plano (Excel)
- ❖ Sube al sistema E- Sipren
- ❖ Valida el Sistema el Archivo plano
- ❖ Si hay errores se corrige
- ❖ Sube nuevamente al E- Sipren

PROCEDIMIENTO No.14

OBSERVACIÓN

No tienen elaborados flujogramas de las actividades que se realizan en este sub componente.

Según las normas de control interno del sector público estipula la elaboración de flujogramas.

CONCLUSIÓN

Se cumple parcialmente con la normativa legal que rige al sector público.

RECOMENDACIÓN

Se debe crear flujogramas para este proceso, para de esta manera verificar si están bien distribuidas las funciones.

TESORERÍA

PROCEDIMIENTO No. 1

OBSERVACIÓN

No se tiene por escrito las actividades que se realizan en este sub-componente.

De acuerdo al trabajo investigativo se pudo determinar con ayuda de la tesorera que se realizan las siguientes actividades:

- Recibir documentación de respaldo para realizar pagos y cobros de la institución
- Ingreso al Sistema Olympo en lo concerniente a la Recaudación del Área de Salud
- Elaboración de Retenciones en la Fuente
- Entrega de Retenciones en la Fuente

- Elaboración de Facturas
- Declaraciones al Servicio de Rentas Internas (S.R.I.)
- Conciliación de cuentas del Área de Salud
- Registro de Comprobante Único de Registro (CUR)
- Archivo y Control de documentos
- Verificación de depósitos vs. Recibos emitidos por recaudación

CONCLUSIÓN

La persona encargada no sabe claramente las actividades a realizarse en este sub-componente.

RECOMENDACIÓN

Tanto el Jefe financiero como la tesorera, deben realizar y establecer por escrito las actividades que se realizan en este sub componente.

PROCEDIMIENTO No. 2

OBSERVACIÓN

Este sub- componente no cuenta con funciones, obligaciones y responsabilidades por escrito para su desarrollo operacional.

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES

Las obligaciones y responsabilidades de la persona que está a cargo de este sub-componente son:

- Comprobación de los ingresos que tiene en Área de Salud
- Presentación de informes; dependiendo de la necesidad que exista de conocer información.
- Presentación de declaraciones
- Pago a proveedores
- Pago a los funcionarios del Área de Salud
- Comprobar si los depósitos están realizados en forma exacta e intacta vs. recibos emitidos por recaudación.

CONCLUSIÓN

No hay eficacia y eficiencia en las operaciones del sub-componente, por falta del establecimiento de políticas, normas, funciones, obligaciones y responsabilidades en el proceso financiero.

RECOMENDACIÓN

Es imprescindible establecer lo más pronto las funciones, obligaciones y responsabilidades en esta parte constituyente del proceso financiero.

PROCEDIMIENTO No. 3

OBSERVACIÓN

No existe un plan de arqueos de caja dentro del proceso financiero, existe un cumplimiento parcial de la normativa establecida para el sector público.

CONCLUSIÓN

Escaso control del efectivo que se recauda en el Área de Salud.

RECOMENDACIÓN

Implementación y diseño de mecanismos que aseguren el control de dinero efectivo, para de esta manera evitar fraudes, malversación de fondos o mal uso del dinero.

PROCEDIMIENTO No. 4

OBSERVACIÓN

No están definidas políticas por escrito para este sub- componente por parte del proceso financiero.

La máxima autoridad debe establecer políticas para un mejor desenvolvimiento de las funciones, según Normas de Control Interno del sector público.

CONCLUSIÓN

Al no contar este sub- componente con las políticas necesarias y por escrito no hay las suficientes directrices para la toma de decisiones.

RECOMENDACIÓN

Estructurar políticas que estén acorde a este sub-componente, que sean consistentes con las regulaciones gubernamentales.

PROCEDIMIENTO No. 5

OBSERVACIÓN

No existen manuales internos, manuales de procedimientos, guías dentro de este sub-componente para dar lineamientos para el trabajo que se realiza.

La máxima autoridad debe establecer políticas para un mejor desenvolvimiento de las funciones, según Normas de Control Interno del sector público.

CONCLUSIÓN

Al no contar este sub- componente con las políticas necesarias y por escrito no hay las suficientes directrices para la toma de decisiones.

RECOMENDACIÓN

Estructurar políticas que estén acorde a este sub-componente, que sean consistentes con las regulaciones gubernamentales.

PROCEDIMIENTO No. 6

OBSERVACIÓN

No cuenta el Área con procedimientos que permitan el mejoramiento del sistema de recaudación con el que cuenta la institución.

CONCLUSIÓN

Debe existir mayor interacción entre el proceso de tesorería como el de recaudación.

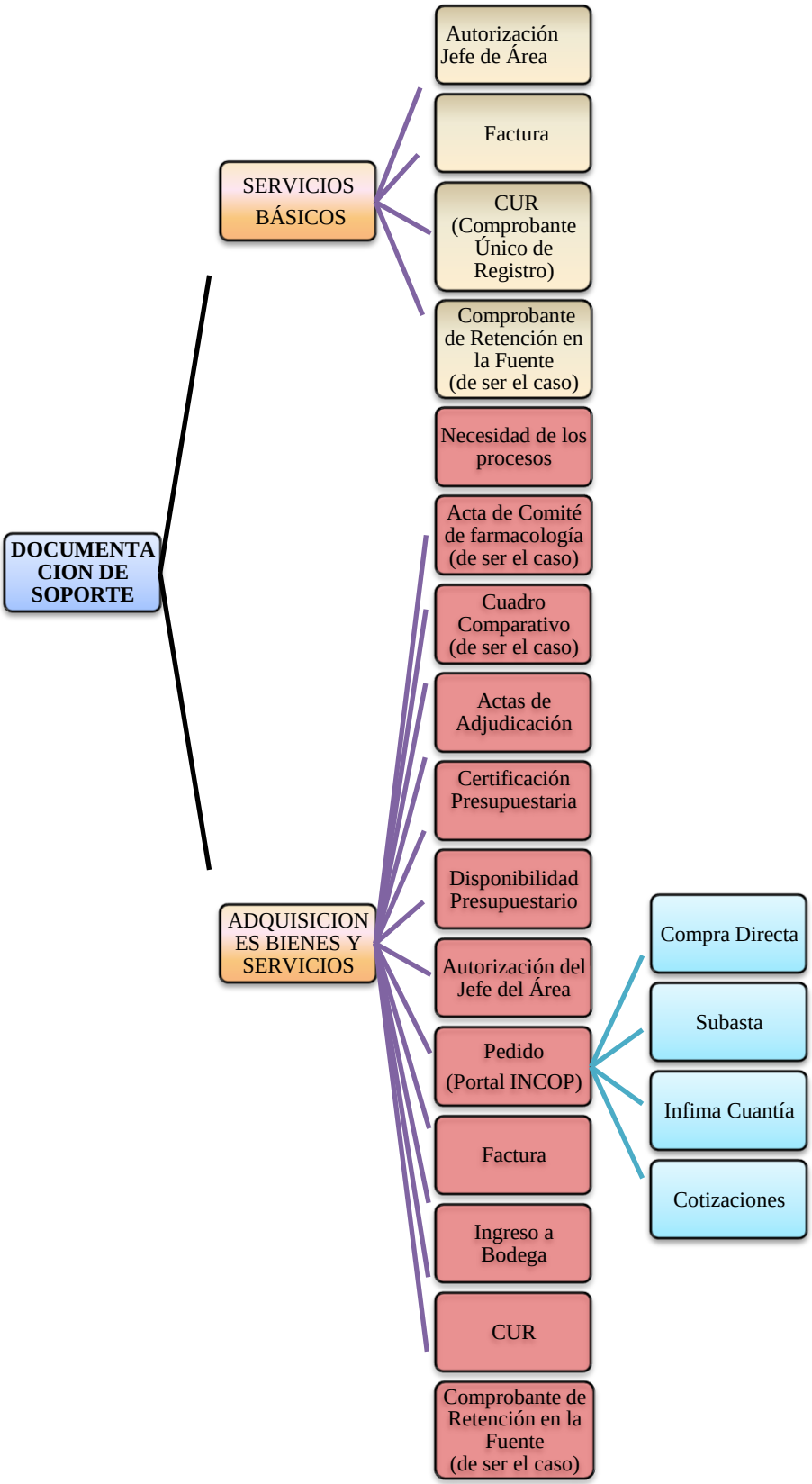
RECOMENDACIÓN

Se debe planificar un sistema de recaudación para de esta manera regular las operaciones que se llevan a cabo entre tesorería y recaudación con mayor eficiencia y eficacia.

PROCEDIMIENTO No. 7

OBSERVACIONES

La documentación de soporte para la realización de cancelaciones que se maneja dentro de tesorería son:



Este sub-componente en ciertos trámites no tiene la documentación suficiente y luego van añadiendo la documentación faltante para tener completo el trámite para lo cual se requiere de un compromiso por parte de todos los procesos que integran el Área de Salud No. 3.

CONCLUSIÓN

Se debe elaborar guías sobre los documentos fuente que se manejan dentro del proceso financiero.

RECOMENDACIÓN

A tesorería le corresponde en todos los pagos de bienes y servicios, respaldar con la documentación suficiente para la realización del pago a los diferentes proveedores.

PROCEDIMIENTO No. 8

OBSERVACIÓN

En cuanto a los cobros, el área de Salud no existe un control adecuado; mientras que en lo realización de pagos se posee más lineamientos para la realización de las actividades, tanto cobros y pagos no tienen normas y políticas por escrito.

CONCLUSIÓN

El proceso carece de políticas para el control de efectivo, pagos y desembolsos.
Se debe cumplir con la normativa 230 de las Normas de Control Interno para Tesorería.

RECOMENDACIÓN

El proceso financiero debe establecer para este sub-componente, políticas así como implementación de indicadores que le permitan contar con los recursos financieros necesarios para hacer frente a sus obligaciones de corto plazo, por lo que deben tener fondos suficientes para hacer frente a los desfases que se producen entre los ingresos y los pagos dentro de las operaciones normales de la institución.

PROCEDIMIENTO No. 9

OBSERVACIÓN

Los procedimientos / sistemas que permiten mantener la integridad, custodia de los fondos, valores y documentación propiedad del área de salud son:

- Verificación de la secuencia de comprobantes de venta y cantidad de los mismos.
- Depósitos Diarios
- Conciliación libro bancos del Área de Salud
- Verificación de fuentes de financiamiento:
  - Fondos Fiscales
  - Ingresos por autogestión
  - Maternidad Gratuita
- La documentación tales como: ingresos de caja, comprobante de pago, facturas, contratos están archivados en orden cronológico y secuencial.

ESPECIES VALORADAS

- Este subproceso no cuenta con un adecuado método para el control de especies valoradas y baja de las mismas

A parte de los procedimientos antes detallados que realiza el Área de Salud se debe considerar también:

- Caución suficiente al recaudador

Se debe establecer un mecanismo para el control de especies valoradas, para que se implemente en el Área de Salud.

CONCLUSIÓN

Existe un inadecuado control en cuanto al tratamiento de especies valoradas y control del efectivo.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda implementar nuevos mecanismos para el control de efectivo y diseñar políticas para especies valoradas, para de esta manera evitar malversación de fondos y tomar acciones correctivas en caso de que se susciten desviaciones.

PROCEDIMIENTO No. 10

OBSERVACIÓN

No tienen elaborados flujogramas de las actividades que se realizan en este sub componente

Según las normas de control interno del sector público estipula la elaboración de flujogramas.

CONCLUSIÓN

Se cumple parcialmente con la normativa legal que rige al sector público

RECOMENDACIÓN

Se recomienda el diseño e implementación de flujogramas para de esta manera tener una adecuada segregación y separación de funciones.

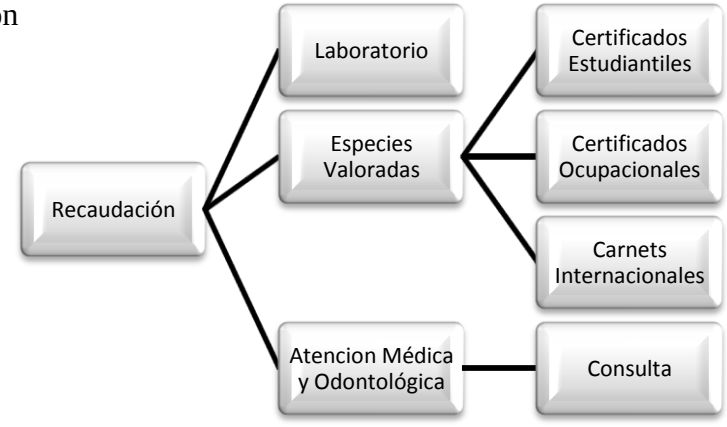
RECAUDACIÓN

PROCEDIMIENTO No. 1

OBSERVACIÓN

Las principales actividades que se realizan en el Área de Recaudación son:

- Atención al público
- Recaudación



- Elaboración de:
    - Certificados médicos estudiantiles
    - Certificados Ocupacionales
    - Carnets internacionales
- Cuadre diario de caja
- Elaboración de informe diario de recaudación
- Elaboración de papeletas de depósito
- Elaboración de Facturas para empresas
- Archivo

CONCLUSIÓN

El cuadre de caja no solo debe ser realizado por la recaudadora sino también por la tesorera.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda realizar cuadres de caja los mismos que deben ser efectuados por la tesorera.

PROCEDIMIENTO No. 2

OBSERVACIÓN

Los métodos en cuanto a control de efectivo que tiene recaudación son:

- Entrega de Recibo pre numerado, fechado, legalizado y con la explicación del concepto y el valor cobrado
- Depósito de los valores recaudados durante el curso del día de recaudación o máximo el día hábil siguiente.
- Reporte de Recaudación diario de acuerdo al formato que posee el Área de Salud.
- En caso de especies valoradas, los movimientos los justifican con los egresos de bodega.

CONCLUSIÓN

El personal encargado en el Área de Recaudación no cuenta con información relevante para determinar la eficacia de este proceso.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda emitir comprobantes de pago por cada concepto del servicios para determinar con mayor eficiencia los cobros receptados.

Además debería elaborase un reporte diario de recaudación efectuada, por totales y cantidad de documentos emitidos.

PROCEDIMIENTO No. 3

OBSERVACIÓN

Este componente no tiene estipulado indicadores de las operaciones que realiza para medir los niveles de cumplimiento en cuanto a la eficacia y eficiencia.

Corresponde a las máxima autoridad del proceso financiero cumplir con la normativa **110 – 04** que tiene relación con la aplicación de indicadores de gestión.

CONCLUSIÓN

Esta parte concerniente al proceso financiero carece de indicadores de gestión que permitan medir los niveles de las operaciones.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda trabajar conjuntamente con el proceso financiero para la elaboración de indicadores que permitan reflejar el desenvolvimiento de recaudación.

PROCEDIMIENTO No. 4

OBSERVACIÓN

No tienen elaborados flujogramas de las actividades que se realizan en este sub componente

Según las normas de control interno del sector público estipula la elaboración de flujogramas.

CONCLUSIÓN

Se cumple parcialmente con la normativa legal que rige al sector público.

RECOMENDACIÓN

Se debe crear flujogramas para este proceso, para de esta manera verificar si se está bien distribuida las funciones y no hay sobrecarga de funciones.

PROCEDIMIENTO No. 5

OBSERVACIÓN

No se realizan arqueos de caja por parte del personal que labora en el departamento financiero.

Se debe cumplir con la normativa sobre arqueos sorpresivos de valores en efectivo.

CONCLUSIÓN

Incumplimiento de la normativa 230 de control interno del sector público, correspondiente a **Normas De Control Interno Para Tesorería.**

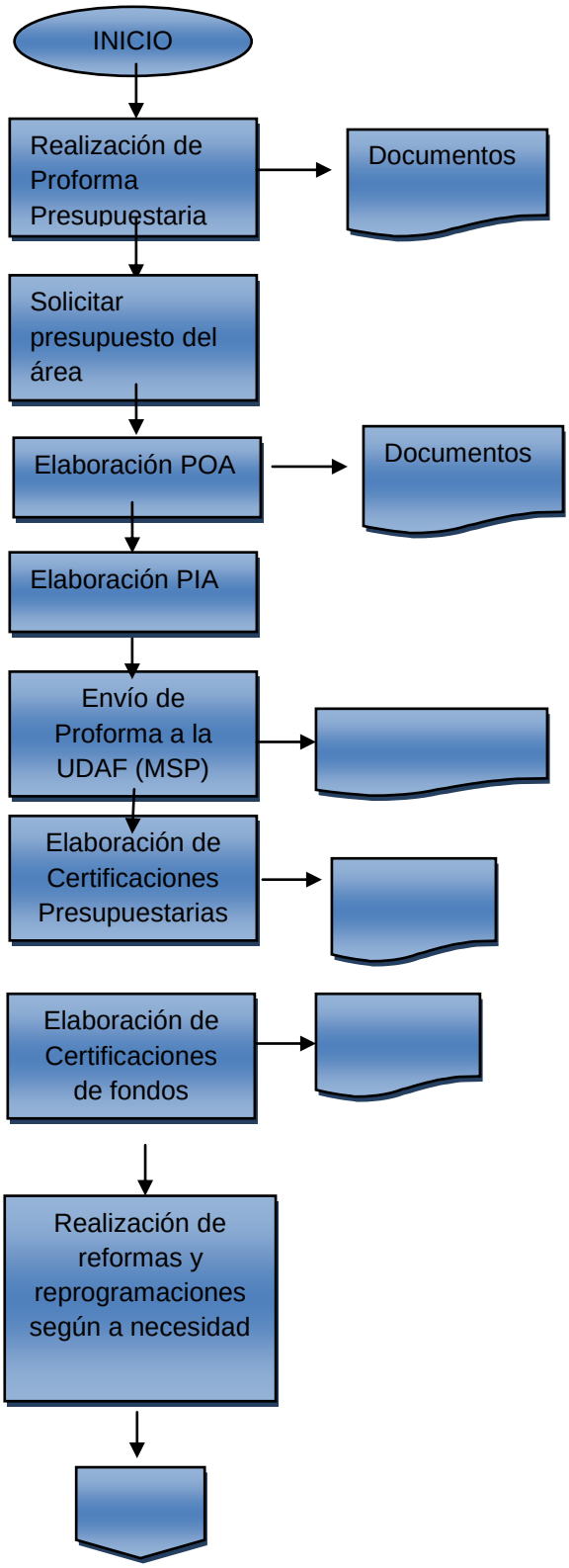
Se cumple parcialmente con la normativa legal que rige al sector público.

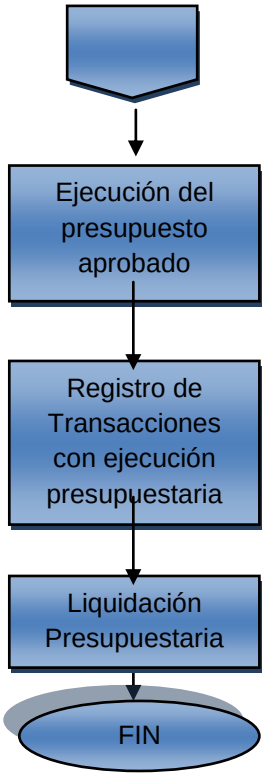
RECOMENDACIÓN

Se recomienda implementar este mecanismo de control, así como programar arqueo de caja Recaudadora.

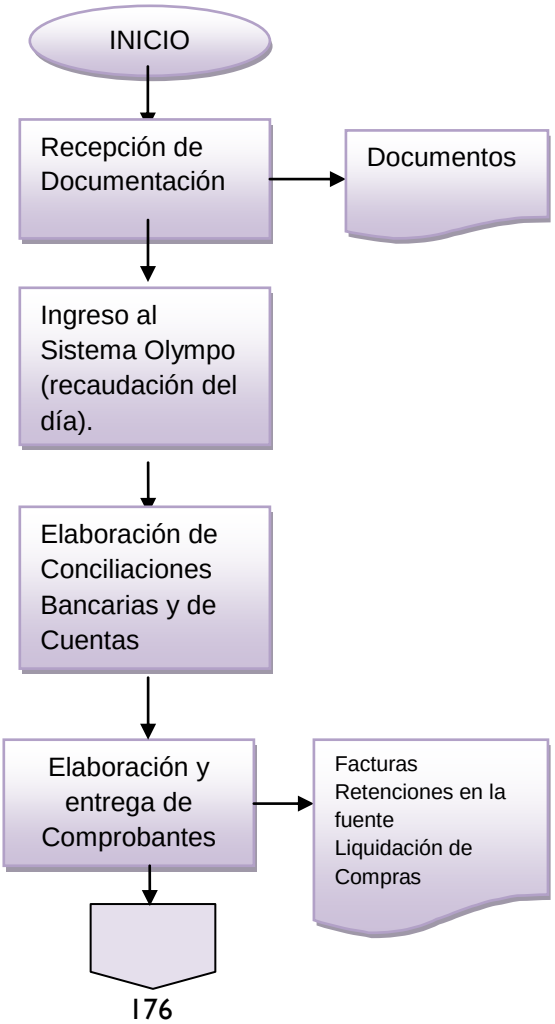
4.3.4.- FLUJOGRAMA PROPUESTO PARA EL PROCESO FINANCIERO DEL CENTRO DE SALUD No: 3.

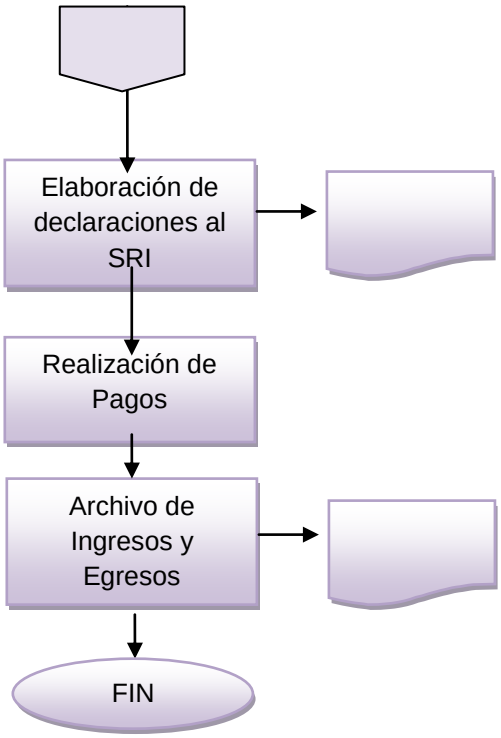
FLUJOGRAMA SUB-COMPONENTE DE PRESUPUESTOS



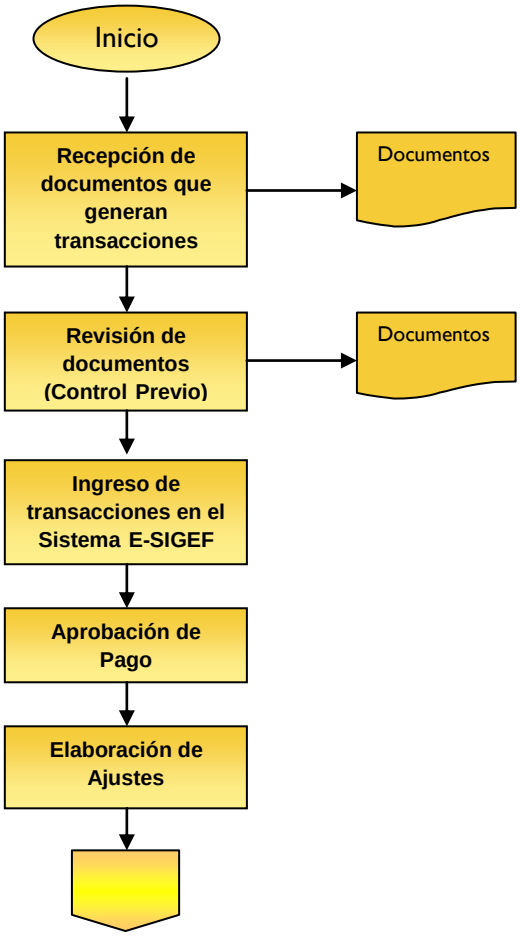


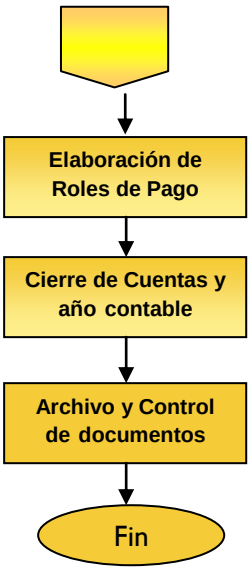
FLUJOGRAMA SUB-COMPONENTE DE TESORERÍA



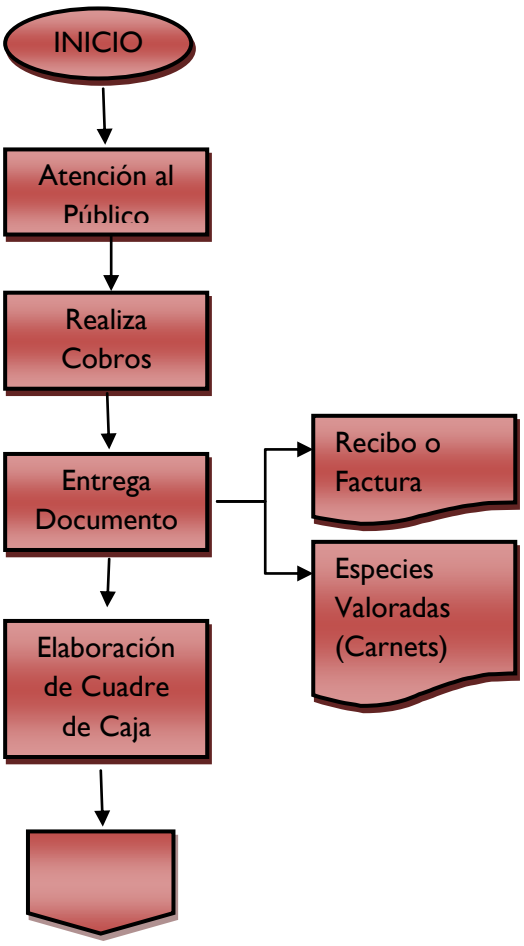


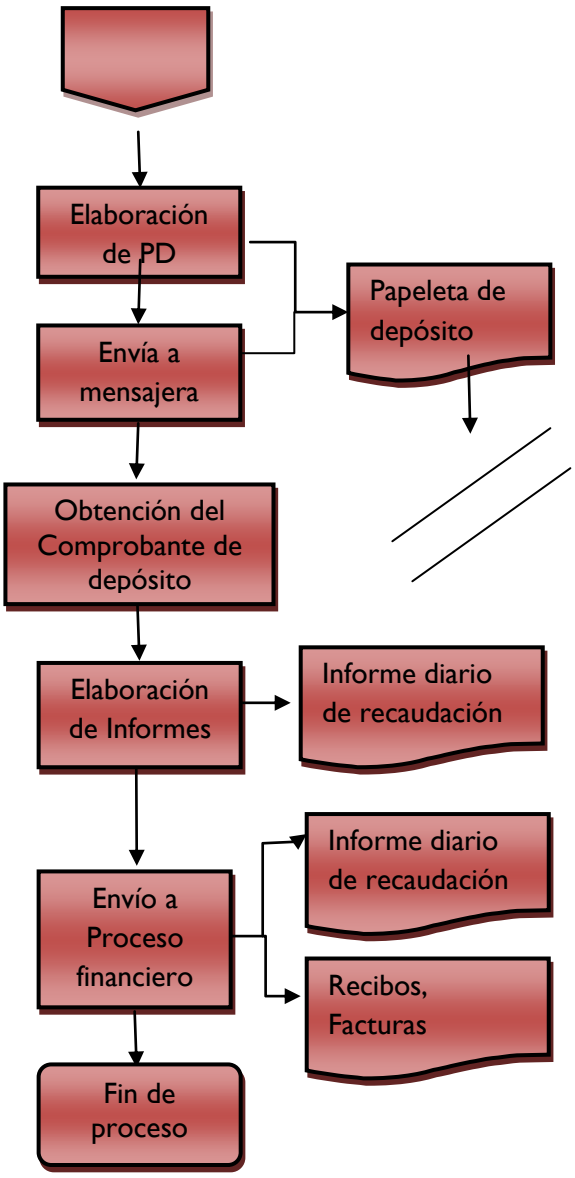
FLUJOGRAMA SUB-COMPONENTE DE CONTABILIDAD





FLUJOGRAMA SUB-COMPONENTE DE RECAUDACIÓN




Elaboración de PD
Papeleta de depósito
Envía a mensajera
Obtención del Comprobante de depósito
Elaboración de Informes
Informe diario de recaudación
Envío a Proceso financiero
Informe diario de recaudación
Recibos, Facturas
Fin de proceso

4.3.5.- MODELO DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
ÁREA AUDITADA: Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA: 06/07/2010

CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Falta de manuales y procedimientos internos	Según los organismos de control, el área de salud No. 3 debe tener un sistema de control interno.	Ineficacia e ineficiencia dentro del proceso.	↓ Desconocimiento de procesos, funciones y actividades que se realizan dentro del área auditada. ↓ Mala segregación de funciones ↓ Falta de organigramas funcionales y estructurales ↓ Falta de control de las actividades que se realizan dentro del área auditada ↓ Falta de Capacitación al personal que labora en este proceso ↓ Inexistencia de un plan de contingencia en caso de robo o siniestros	Procedimiento	Implantar los respectivos manuales y procedimientos, mismos que rijan al proceso en mención

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Desconocimiento de procesos, funciones y actividades que se realizan dentro del área auditada.

CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se estableció que en los subcomponentes del proceso financiero no poseen manuales, guías para la realización de las operaciones.	De acuerdo a las Normas establecidas por la Contraloría General del Estado en el Acuerdo 17, numeral 401-02 Autorización y aprobación de transacciones y operaciones La máxima autoridad, establecerá por escrito o por medio de sistemas electrónicos, procedimientos de autorización que aseguren la ejecución de los procesos y el control de las operaciones administrativas y financieras, a fin de garantizar que sólo se efectúen operaciones y actos administrativos válidos.	• Falta de establecimiento de actividades y procedimientos en cada sub-proceso, así como las responsabilidades y obligaciones del personal que desarrolla sus actividades.	• No se posean lineamientos para la ejecución de las operaciones diarias dentro del proceso. • Que las operaciones financieras y contables tengan retrasos y que no exista un adecuado establecimiento de controles internos y estos sean deficientes.	Procedimiento	Implementar los respectivos manuales y procedimientos, mismos que rijan al proceso en mención

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Mala segregación de funciones		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se estableció que la Tesorera del Área de Salud, tiene a su cargo la conciliación de cuentas a parte de las actividades inherentes a su cargo.	De acuerdo a las Normas establecidas por la Contraloría General del Estado determina: "Es responsabilidad de la máxima autoridad de cada entidad pública, delimitar cuidadosamente, las funciones de las unidades administrativas y sus servidores.	• Desconocimiento de Funciones	• Genera una duplicación de funciones. • Inadecuada delimitación de responsabilidades. • No realizan las funciones que deben hacer en sus sub-componente.	Procedimiento	Una adecuada separación de funciones garantiza independencia entre los procesos de: autorización, ejecución, registro, recepción, custodia de valores y bienes y el control de las operaciones.

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	No realización de arqueos de caja		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se constato que no se tienen políticas para el control de efectivo	Los valores en efectivo, incluyendo los que se encuentran en poder de los recaudadores de la entidad, estarán sujetos a verificaciones mediante arqueos periódicos y sorpresivos con la finalidad de determinar su existencia física y comprobar su igualdad con los saldos contables.	• Desconocimiento de la realización de este método de control de efectivo. • Cumplimiento parcial de la normativa establecida para el Control de Efectivo.	• Escaso control del dinero en efectivo y en cheques recibidos por la empresa, básicamente por: Pagos parciales o totales de los clientes.	Procedimiento	Establecer la política de realización de arqueos de caja para tener un mayor control del efectivo que ingresa al Área de salud y determinar la custodia de este.

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA	06/07/2010	**HALLAZGO**	Inadecuado control de inventarios y activos fijos.		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se detecto que no se tiene un control en inventarios y activos fijos, lo único que realizan es inventario físico 2 veces al año.	Las Normas de Control Interno establecidas por la Contraloría General del Estado estipula: "El catálogo general de cuentas del sector público, contendrá los conceptos contables que permitan el control, identificación, destino y ubicación de las existencias y los bienes de larga duración.	• Falta de establecimiento de políticas internas y manuales de procedimientos. • Escaso cumplimiento de las normativa establecida por CGE	• Desabastecimiento de los insumos • Desconocimiento de límites máximo y mínimos de existencias. • Información inadecuada e inoportuna de inventarios y activos fijos. **ACTIVOS FIJOS** • No se sabe que bienes posee la institución, cuáles de estos están deteriorados, si son utilizados para los fines adquiridos. • Desconocimiento de quien es custodio y responsable del bien.	Control	Establecer mayor control y políticas que den lineamientos para el tratamiento en cuanto a inventarios **ACTIVOS FIJOS** Establecer reglamentos relativos a la custodia física y seguridad, con el objeto de salvaguardar los bienes del Área de Salud. Dejar constancia escrita de su recepción por cada servidor

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero y Gestión Estratégica del Área de Salud

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Poca de Capacitación al personal		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se determino que el personal no ha tenido capacitaciones continuas de acuerdo al cargo que desempeñan.	La máxima autoridad de cada entidad dispondrá que los servidores sean entrenados y capacitados en forma obligatoria, constante y progresiva, en función de las áreas de especialización y del cargo que desempeñan.	• Inapropiado desarrollo de actividades • Traslados o ascensos	• No tenga los suficientes conocimientos para desarrollar con eficiencia y eficacia sus actividades. • Disminución de la productividad. • Conocimientos desactualizados	Procedimiento	Realizar un programa de capacitación continuo que se ajuste a las necesidades del proceso.

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Falta de un organigrama orgánico-funcional del proceso financiero		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
El proceso no cuenta con un organigrama tanto estructural como funcional.	Corresponde a cada entidad pública organizarse internamente de acuerdo con sus fines, las disposiciones legales y administrativas existentes, los principios generales de organización, todo lo cual constará en el reglamento orgánico de funciones y en el organigrama estructural correspondiente.	• Desconocimiento del personal • Inadecuada organización departamental.	Desconocimiento de las actividades que se deben ejecutar dentro del proceso.	Procedimiento	Estructurar organigramas donde se estipulen funciones y elaboración de un organigrama estructural.

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Proceso Financiero y Gestión Estratégica del Área de Salud

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Falta de utilización de indicadores de gestión		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Se estableció que el proceso financiero existen indicadores, pero los mismos no son manejados de manera correcta.	De acuerdo a la norma **110 – 04** Indicadores de Gestión: La planificación estratégica y la planificación operativa anual de cualquier entidad pública, se evaluará mediante la aplicación de indicadores en términos cualitativos y cuantitativos.	• No obtención de Información real sobre el cumplimiento, eficiencia y eficacia dentro del proceso.	• Mala información al Proceso Gobernante del Área de Salud, en la toma de decisiones. • Inadecuada distribución del dinero.	Control	Capacitación sobre cómo utilizar e interpretar indicadores que se deben utilizar en el Área de Salud.

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Gestión Estratégica del Área de Salud No.3

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Falta de actualización del plan estratégico del Área de Salud

CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Mediante análisis realizado al Plan Estratégico con que cuenta el Área se determinó que el mismo no está actualizado.	El Plan Nacional de Desarrollo reconoce a la planificación estratégica como una herramienta para la operatividad y mediante acuerdo ministerial No. 130, se publica el modelo de gestión de Salud con enfoque estratégico y participativo.	• Falta de coordinación por parte de la Jefatura del Área de Salud. • Falta de compromiso del personal del Área de Salud	• Falta de conocimiento de la actividades y estrategias para la consecución de proyectos del Área de Salud. • Presente otros actores tanto internos como externos que representen amenazas u oportunidades para esta institución.	Control	Realizar cronogramas de trabajo, a fin de efectuar las actualizaciones pertinentes a esta herramienta, para cumplir con los objetivos que se propuso el Área de Salud.

ELABORADO POR: KL FECHA: 06/07/2010

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Gestión Estratégica del Área de Salud

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	26/06/2010	**HALLAZGO**	Escaso logro de objetivos institucionales		
CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Escaso logro de objetivos institucionales.	Las entidades y organismos del sector público tienen una misión que cumplir, para lo cual es necesario dictar las estrategias y objetivos para alcanzarlos.	• Fala de actualización de la planificación estratégica • Inadecuada estructuración de la planificación estratégica. • Inexistencia de control interno	Poco cumplimiento de los objetivos institucionales con los que cuenta el Área de Salud	control	Mantener actualizado el plan estratégico ya que constituye un instrumento para poder lograr los objetivos, actividades y estrategias del Área de Salud.

K.L AUDITORA

ENTIDAD: Centro de Salud No. 3
COMPONENTE Gestión Estratégica del Área de Salud No.3

MATRIZ DE HALLAZGOS

FECHA:	06/07/2010	**HALLAZGO**	Inexistente sistema de control interno

CONDICIÓN	**CRITERIO**	**CAUSA**	**EFECTO**	**ERROR** TIPO	**RECOMENDACIÓN**
Inexistente Sistema de Control Interno	La máxima autoridad dispondrá la formulación, aprobación y divulgación de los objetivos del control interno, tanto para la entidad, como para sus proyectos y actividades. Los componentes de control interno serán incorporados dentro de cada una de las fases del proceso administrativo, esto es planificación, organización, dirección, coordinación y control.	• Falta de coordinación por parte de la Jefatura del Área de Salud. • Falta de compromiso del personal del Área de Salud	• Falta de conocimiento del ambiente organizacional, evaluación de riesgos, actividades de control, sistemas de información y comunicación.	Control	Diseñar e implementar un sistema de control interno que se adapte a las necesidades de la institución.

4.3.6.- MODELO DE INDICADORES DE GESTIÓN (PROPUESTOS) PARA EL ÁREA DE SALUD No. 3

A) INDICADORES DE EFICACIA

Eficacia Programática	Metas Alcanzadas / Metas Programadas
Eficacia Presupuestal	Presupuesto Ejercido / Presupuesto Asignado

B) INDICADORES DE EFICIENCIA

PRESUPUESTAL	Eficacia programática / Eficacia Presupuestal
CONSULTA EXTERNA	Gasto en Servicios de Consulta Externa / No. De consultas medicas en consulta externa
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	Gasto en Servicios Odontológicos / No. De pacientes atendidos
ATENCIÓN HOSPITALARIA	Valor del Gasto Total / Valor de Facturación Total
% MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS	No. Modificaciones presupuestarias registradas x 100 / No. Modificaciones aprobadas
% REPROGRAMACIONES	No. Reprogramaciones presupuestarias aprobadas x 100 / No. Reprogramaciones aprobadas
% CERTIFICACIONES PRESUPUESTARIAS	No. Certificaciones emitidas x 100 / No. Certificaciones solicitadas
% CUMPLIMENTO DE PAC	Plan Anual de Compras Ejecutado x 100 / Plan Anual de Compras Programado
% ACTIVIDADES CUMPLIDAS	Actividades Realizadas x 100 / Total de Actividades

C) INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

METAS LOGRADAS	Unidades de Metas Logradas **X** Tiempo Planeado Unidades de Metas Programadas **X** Tiempo Real
PROGRAMAS REALIZADOS	Actividades realizadas durante la ejecución del programa Actividades planeadas
AUTONOMÍA FINANCIERA	Ingresos propios Ingresos totales
RECURSOS EMPLEADOS	Recurso Utilizado (Dólares) Recurso Planteado (Dólares)
PROCEDIMIENTOS	No. De porcedimientos en un año Total recurso profesional o especifico
PORCENTAJE OCUPACIONAL	No. De recurso utilizado No. De recurso existente disponible

D) INDICADORES DE IMPACTO

SOCIAL	Volumen de prestación de servicios Volumen de insumos (Costos)
SATISFACCIÓN AL USUARIO	Personas satisfechas Demanda atendida

E) COBERTURA

COBERTURA	Número de Usuarios atendidos por servicio Número Potencial de Usuarios por Servicio

F) INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

PROMEDIO TIEMPO DE ESPERA	Número de días que transcurren entre la solicitud de una consulta médica en el trimestre Número de consultas medicas en el mismo trimestre Potencial de Usuarios por Servicio

G) INDICADORES DE DEMANDA

TASA DE CRECIMIENTO	Tasa de natalidad menos los de mortalidad y migración.
TASA DE NATALIDAD	$\frac{\text{No. Total de Nacidos vivos en un año}}{\text{Población a mitad del año}} \times 100$
TASA DE MORBILIDAD	$\frac{\text{No. de eventos en un año (general o específico)}}{\text{Población total o especifica a mitad del año}}$
DEMANDA EFECTIVA	$\frac{\text{No. De población solicitante en un año}}{\text{Población total}}$
DEMANDA ATENDIDA	$\frac{\text{No. De población atendida en un año}}{\text{Población total}}$

H) INDICADOR DE OFERTA

DISPONIBILIDAD EN CONSULTA	$\frac{\text{No. De profesionales totales y por especialidad}}{\text{Demanda Efectiva}}$
DISPONIBILIDAD EN ATENCIÓN	$\frac{\text{No. De profesionales destinados a atención hospitalaria}}{\text{Demanda Efectiva}}$
	$\frac{\text{Cantidad de presupuesto destinado a la atención hospitalaria}}{\text{Demanda Efectiva}}$
DISPONIBILIDAD EN CONSULTA	$\frac{\text{No. De profesionales totales y por especialidad}}{\text{Demanda Efectiva}}$

Se propone a continuación un ejemplo de la aplicación de indicadores de gestión, cálculo, así como su respectiva interpretación:

A) INDICADORES DE EFICACIA

INDICADOR	**FÓRMULA DE CÁLCULO**	**VALORES**	
Eficacia Presupuestal	Presupuesto Ejercido	150,1028.71	0.997
	Presupuesto Asignado	150,6260.56	

INTERPRETACIÓN

El indicador nos dice que el presupuesto asignado por la UDAF, el Área de Salud No. 3 La Tola- Vicentina, lo ejecuta en el 99%, es decir hay un uso total de los recursos monetarios del Área de Salud en mención.

B) INDICADORES DE EFICIENCIA

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	Gasto en Servicios Odontológicos	11558,5	0,482
	No. De pacientes atendidos	23985	

INTERPRETACIÓN

El indicador muestra que la cobertura económica que se asigna al servicio de odontología debe incrementarse en 0.48 ctvs., ya que con relación a la demanda existente los recursos asignados son insuficientes.

C) INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
PROGRAMAS REALIZADOS	Actividades realizadas durante la ejecución del programa / Actividades planeadas	20 / 35	0.571

INTERPRETACIÓN

Este indicador refleja que las actividades en un proceso del Área de Salud son ejecutadas en un 57%, por lo que se deberá identificar los factores que impiden el cumplimiento total (100%) de las actividades fijadas por el Área para un mejor desenvolvimiento del proceso.

D) INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
SATISFACCIÓN AL USUARIO	Personas satisfechas / Demanda atendida	23,475.00 / 46,950.00	0.50

INTERPRETACIÓN

Mediante este indicador se puede decir que la satisfacción de los usuarios, que acuden al Centro de Salud es del 50%, es decir que la mitad de las personas que acuden a este Centro de Salud están conformes con la atención que reciben en los diferentes servicios que oferta el Centro de Salud.

E) COBERTURA

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
COBERTURA	Número de Usuarios atendidos por servicio	36,605.00	1.046
	Número Potencial de Usuarios por Servicio	35,000.00	

INTERPRETACIÓN

La cobertura del Área de Salud en el año 2009 fue de 104%, es decir que se ha atendido a un 4% más de lo que se tenía previsto en el Área.

F) INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
No. DE PERSONAS QUE ACUDEN A CONSULTAS MEDICAS	Número de días que transcurren entre la solicitud de una consulta médica en el trimestre	28	0.47
	Número de consultas medicas en el mismo trimestre Potencial de Usuarios por Servicio	60	

INTERPRETACIÓN

De cada 60 consultas asignadas, asisten solo 47 personas a dichas consultas, ya que el periodo de citas es largo.

G) INDICADORES DE DEMANDA

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
DEMANDA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	No. De población atendida en un año	10,345.00	0.22
	Población total	46,950.00	

INTERPRETACIÓN

El 22% de la población que acude al Centro de Salud No. 3 La Tola- Vicentina, corresponde a la atención de tipo Odontológica.

H) INDICADOR DE OFERTA

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
DISPONIBILIDAD EN ATENCIÓN	Cantidad de presupuesto destinado a la atención hospitalaria / Demanda Efectiva	1´506,260.56 / 36.605	41,149

INTERPRETACIÓN

Del total del presupuesto asignado, el 41% se designa a Atención Hospitalaria en función a los usuarios que tienen este servicio.

INDICADORES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

ANTES

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
% EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	No. De actividades realizadas / Total de actividades	15 / 22	0,68

INTERPRETACIÓN

Mediante este indicador se puede medir, la ejecución de las actividades en el Proceso Financiero se realizan en un 68%, lo que limita la obtención de los objetivos institucionales.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
No. DE APLICACIÓN DE MANUALES	No. De manuales existentes en el Centro de Salud / Total de manuales	0 / 0	0,00

INTERPRETACIÓN

Mediante este indicador se puede evaluar el porcentaje de manuales que se aplican en el Centro de Salud.

DESPUÉS

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES	
% DE UTILIZACIÓN DE INDICADORES	No. De Indicadores utilizados en el proceso / Total de indicadores	16 / 20	0,8

INTERPRETACIÓN

Mediante este indicador se evalúa el porcentaje de utilización de indicadores en el proceso financiero del Centro de Salud, en este caso es de 80%.

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	VALORES
RIESGOS EXISTENTES EN EL PROCESO	No. De Riesgos existentes	14

INTERPRETACIÓN

Este indicador nos permite conocer la cantidad de riesgos que tiene el Proceso de Gestión estratégica del Centro de Salud, para de esta manera tomar acciones correctivas a tiempo.

4.3.7.- PARÁMETROS PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES PARA EL ÁREA DE SALUD No. 3.

A continuación se proponen parámetros para la elaboración de manuales:

ENTRADAS

- Título donde se identifique la palabra manual
- Índice
- Introducción
- Presentación de la institución

- Objetivos del manual y orientaciones generales
- Organigrama de la institución
- Definición de actividades
- Definición de funciones y responsabilidades
- Definición de normativa legal
- Declaración de políticas
- Plan estratégico del Área de Salud
- Objetivos por área a alcanzar
- Elementos sobresalientes con los que cuenta el Área de Salud
- Recursos con los que cuenta el Área de Salud

PROCESO

- Procedimientos e interrelación de los diferentes elementos
- Instrumentos y estándares de calidad
- Controles administrativos, financieros y médicos
- Control de la documentación y datos
- Verificaciones de auditorías
- Atención de quejas y reclamos

RESULTADOS

- Metas a alcanzar
- Acciones correctivas
- Planes de mejoramiento
- Conocimiento de variantes por medio de indicadores
- Informes sobre gestión
- Seguimiento y control en áreas críticas

4.4.- FASE IV.- COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

4.4.1.- Introducción

La comunicación de resultados, está dirigida a los funcionarios de la entidad examinada (Jefe de Área de Salud) con el propósito de presentar informes de los asuntos observados.

Esta fase comprende también, la redacción del informe de auditoría, con el fin de comunicar los resultados del trabajo de investigación

El informe básicamente contiene la carta a la gerencia, hallazgos encontrados en el desarrollo del modelo de auditoría de gestión, el dictamen así como conclusiones y recomendaciones relativos a los hallazgos de auditoría para de esta manera tomar acciones correctivas a tiempo.

4.4.2.- Objetivos de la fase

Comunicar los resultados obtenidos durante la elaboración del modelo de auditoría de gestión, para que la gerencia adopte acciones y, cuando es necesario llamar su atención, respecto de algunos problemas que podrían afectar adversamente sus actividades y operaciones.

4.4.3.- Modelo de Informe de Auditoría

Los elementos que contiene el Informe de Auditoría son:

a. Portada
b. Síntesis de lo que trata el Informe
c. Índice
d. Carta de Presentación
e. Capítulos en donde se desarrolla el informe como por ejemplo:
    i. Alcance de la Auditoría
    ii. Notas Explicativas a los Resultados Generales
f. Conclusiones
g. Recomendaciones

DA1-007-2010

ÁREA DE SALUD No. 3

"LA TOLA-VICENTINA"

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

POR EL PERIODO TERMINADO AL 31/12/2009

ÁREA DE SALUD No. 3

"LA TOLA-VICENTINA"

MODELO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

EL PRESENTE MODELO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN SE REALIZÓ PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL CENTRO DE SALUD Y PROCESO FINANCIERO POR EL PERIODO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2009.

Quito- Ecuador

ÍNDICE

CARTA DE PRESENTACIÓN _____203
CAPÍTULO I _____204
MOTIVO _____204
OBJETIVOS _____204
ALCANCE_____204
ENFOQUE_____205
COMPONENTES AUDITADOS_____205
OBJETIVOS _____205
OBJETIVOS GENERALES _____205
OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____205
BASE LEGAL_____206
ESTRUCTURA ORGÁNICA_____206
CAPÍTULO II _____208
HERRAMIENTAS DE GESTIÓN, COMUNICACIÓN Y CONTROL INTERNO._____208

D.M. Quito, 14 de julio de 2010

Señor Doctor
Bayardo Naranjo E
JEFE DEL ÁREA DE SALUD No. 3
Presente.-

De mi consideración:

Con fecha 04 de marzo de 2010 se realizó un modelo de Auditoría de Gestión al proceso financiero del Área de Salud No. 3, por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2009.

El examen fue realizado de acuerdo con las Normas Ecuatorianas de Auditoría, emitidas por la Contraloría General del Estado. Estas normas requieren que el examen sea planificado y ejecutado, para que tenga certeza razonable, la información y los documentos examinados no contengan exposiciones erróneas de carácter significativo; igualmente, que las operaciones a las cuales corresponden, se hayan realizado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, políticas y demás normas y procedimientos aplicables.

La Auditoría tendrá por objetivo el diagnostico de la situación actual del Centro de Salud y su funcionamiento.

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

Atentamente,

Katherine López G
AUDITORA
R.N.A.E No. xxxx

CENTRO DE SALUD No. 3 "LA TOLA-VICENTINA"
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PROCESO FINANCIERO

INFORME DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

CAPÍTULO I
ENFOQUE DE LA AUDITORÍA

MOTIVO

La Auditoría de Gestión al proceso de gestión estratégica y financiero se la realizó con el fin de conocer las actividades, funciones, obligaciones, procesos de elaboración, ejecución y evaluación del presupuesto, herramientas de gestión, existencia de manuales, guías, instructivos y sistema de control interno que se manejan dentro de este proceso, en el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2009.

OBJETIVOS

- Evaluar la eficiencia y eficacia de los procesos, elaboración y ejecución de las actividades que se realizan dentro de este proceso, así como la evaluación de las mismas.
- Verificar el cumplimiento de la normativa general relacionada a proyectos y programas en los niveles institucionales relacionados con los planes estratégicos y operativos.
- Proponer mejoras a los procesos relacionados con la gestión de la Planificación institucional.

ALCANCE

El Modelo de Auditoría de Gestión fue aplicado al proceso de gestión institucional del Área de Salud, así como el Proceso Financiero, analizando los mecanismos, actividades y procedimientos efectuados desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2009.

ENFOQUE

Auditoría orientada hacia el cumplimiento de la normativa vigente, eficacia en el logro de los objetivos planteados por el proceso financiero; eficiencia y economía en el uso de recursos utilizados en la planificación estratégica y operativa del año 2009, así como el grado de cumplimiento y satisfacción de los macro objetivos institucionales.

COMPONENTES AUDITADOS

Dentro del proceso de gestión estratégica, se analizó y evaluó los siguientes componentes:

- Planificación estratégica
- Plan operativo anual (POA)

Dentro del proceso financiero, se analizó y evaluó los siguientes componentes:

- Presupuestos
- Contabilidad
- Tesorería
- Recaudación

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Cumplir con las leyes y normas de la salud
- Mejorar la calidad de atención en Salud
- Cumplir con los lineamientos y objetivos de todos los programas
- Disminuir tiempos de espera en la consulta externa
- Organizar y optimizar el recurso humano existente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- "Lograr que se implemente la estructura por procesos
- Implementar el modelo de atención de salud familiar acorde a la normativa del MSP
- Fortalecer la capacidad de las organizaciones locales para gestionar iniciativas de desarrollo y servicios de salud.

- Fortalecer el trabajo técnico del área para licenciar todas las unidades e iniciar proceso de acreditación.
- Automatizar el sistema de información en todas las unidades
- Aportar para la implementación de las políticas públicas en salud.
- Impulsar el desarrollo del talento humano
- Consolidar el funcionamiento de la red de salud"[51]

BASE LEGAL

La base legal que maneja el proceso financiero es la siguiente:

- Ley de presupuestos del sector público
- Contabilidad gubernamental
- Ley de la Contraloría General del Estado
- Ley de régimen tributario interno
- IESS

ESTRUCTURA ORGÁNICA

El Área de Salud No. 3 cuenta con una estructura organizacional de tipo horizontal, la misma que cuenta con los siguientes procesos:

GOBERNANTES.- Este proceso orienta la gestión institucional a través de la formulación de políticas y la expedición de normas e instrumentos para poner en funcionamiento a la organización.

Dentro de este proceso se encuentran los siguientes sub-procesos:

- Gestión estratégica del área de salud urbana
- Gestión técnica del área de salud urbana

HABILITANTES.- Estos procesos implementan políticas y generan productos y servicios para los procesos: gobernantes, agregador de valor y para sí mismo, contribuyendo a la consecución de la misión institucional.

Podemos encontrar sub procesos como:

[51] Transparencia y Rendición de Cuentas Administración; diapositiva 28

- ❖ Gestión de recursos humanos
- ❖ Gestión de servicios institucionales
- ❖ Gestión informática
- ❖ Gestión de farmacia
- ❖ Gestión de enfermería
- ❖ Gestión financiera
- ❖ Gestión de presupuesto y contabilidad
- ❖ Administración de caja

AGREGADORES DE VALOR.- En estos procesos se implementan políticas, administra y controla la generación de los productos y servicios destinados a usuarios externos y permite cumplir con la misión institucional, denota su especialización y constituye la razón de ser de la institución.

Los sub- procesos que se encuentran en este proceso son los siguientes:

- ➢ Calificación de demanda y oferta en el Área de Salud
- ➢ Operativización, control y mejoramiento de normas de salud pública.
- ➢ Operativización, control y mejoramiento de normas de gestión de servicios de salud
- ➢ Vigilancia sanitaria local
- ➢ Promoción de la salud
- ➢ Epidemiologia
- ➢ Emergencia
- ➢ Consulta externa

FINANCIAMIENTO

Las fuentes de financiamiento con las que cuenta el Área de Salud son:

- Fondos fiscales
- Autogestión
- Maternidad gratuita

CAPÍTULO II

NOTAS EXPLICATIVAS A LOS RESULTADOS GENERALES

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN, COMUNICACIÓN Y CONTROL INTERNO.

La Norma de Control Interno No. 110-01 dice: "Las entidades y organismos del sector público tienen una misión que cumplir, para lo cual es necesario dictar las estrategias y objetivos para alcanzarlos…"

A pesar de que el Proceso gobernante y financiero cuenta con herramientas como: Plan operativo anual, programación indicativa anual, programa anual de compras, evaluaciones de desempeño, que les permite regular las actividades cotidianas que se realizan no existe un adecuado manejo y monitoreo de las mismas.
Este proceso posee una buena comunicación interna, punto que es muy favorable ya que permite tener una buena compresión y una buena actitud entre las personas que prestan sus servicios en el Área de Salud.

En la realización del examen al proceso financiero se desprende:

NOTA1.- SITUACIÓN ACTUAL

- No existe por escrito las actividades, responsabilidades y funciones de cada persona que integra el proceso financiero.
- No cuenta el proceso con manuales, reglamentos internos, estatutos, manuales de procedimientos internos, guías e instructivos.
- Existe mala segregación de funciones
- Cumplimiento parcial de la normativa legal del Sector Público
- Falta de elaboración de Flujogramas en cada sub- proceso del departamento financiero.
- Falta de capacitación al personal que labora dentro del proceso financiero del Área de Salud.
- Falta de compromiso en cuanto a la elaboración del plan anual de compras por el proceso financiero.

- Carencia de mecanismos, procedimientos y lineamientos de control interno, lo que impide mantener un efectivo y eficiente control interno del proceso financiero del Área de Salud No. 3.
- Falta de elaboración de arqueos de caja
- Falta de aplicación de indicadores de gestión en cada sub-componente.
- Falta de un adecuado sistema de recaudación
- Falta de elaboración de reportes financieros, que permitan medir la capacidad financiera de la institución.
- Falta de control de activos fijos, lo que no permite determinar y controlar los retiros, traspasos o bajas de los bienes, a fin de que la información se encuentre siempre actualizada y de conformidad con la normativa contable vigente.
- Falta de control de existencias, lo que impide establecer las adquisiciones, en cada entidad, se establecerán mínimos y máximos de existencias, de tal forma que éstas se realicen únicamente cuando sea necesario y adquirirlas en cantidades apropiadas.

En la realización del examen realizado al proceso gobernante - gestión estratégica del Área de Salud se desprende:

- Falta de actualización del planificación estratégica
- No existe sistema de control interno
- Escaso logro de objetivos POA
- Personal desmotivado
- Falta de capacitación al personal
- Falta de incorporación de indicadores en el plan estratégico
- Falta de incorporación de plan financiero dentro de la planificación estratégica

La institución en el periodo auditado no dispuso de lo anteriormente descrito, ya que el personal del proceso financiero y jefe del Área de Salud, incumplieron con las obligaciones que les impone la normativa de control interno que regula al sector público.

El responsable de la formulación y ejecución del control interno el Jefe de Área, mismo que no disponen en su estructura de una unidad responsable de manera

específica y permanente del proceso de planificación institucional, y tampoco se asignó esta responsabilidad a los principales funcionarios de la institución que se ocupen de su seguimiento y monitoreo, situación que se agrava el desenvolvimiento eficaz de los procesos.

El Jefe de Área y personal del proceso financiero (líder financiero, tesorera, contador y recaudadora), no cumplieron la normativa de control interno 110-04 Indicadores de gestión, 110-08 Actitud hacia el control interno, 120-03 Actividades de Control, 230-07 Arqueos sorpresivos de los valores en efectivo, 250-00 Normas de Control interno para el área de Inversiones en Existencias y Bienes de Larga Duración, Manual de Contabilidad Gubernamental y Guías del MEF.

CONCLUSIÓN:

La falta de: conocimiento, capacitación y aplicación parcial de la normativa legal por parte del personal que labora dentro en el Área de Salud ocasionó deficiencias administrativas y financieras, por lo que esta institución no cuenta con un sólido sistema de control interno.

RECOMENDACIONES:

Al Jefe de Área

1. Dispondrá al líder financiero y personal del proceso que se informe el diseño para posterior implementación del sistema de control interno sólido para del desenvolviendo eficiente y eficaz de este proceso departamento.
2. Se informará sobre las acciones tomadas a la DPSP y efectuará un seguimiento periódico de su cumplimiento.

NOTA No. 2 MANUAL DE FUNCIONES Y REGLAMENTO INTERNO

El proceso financiero no cuenta con manuales de funciones y reglamento interno, situación que se encuentra expresado por el personal que integra este proceso.

CONCLUSIÓN

La falta de un manual de funciones y reglamento interno que establezca: funciones, responsabilidades, competencias y destrezas de los empleados ocasiona que las actividades se desarrollen a su criterio, dificultando la evaluación de las mismas.

RECOMENDACIÓN

Al Jefe de Área

Se debe diseñar junto al Proceso Financiero, Asesoría Jurídica y Recursos Humanos el manual de funciones y reglamento interno concordantes con la estructura del proceso, mismos que serán sometidos a aprobación por parte del proceso gobernante.

NOTA No. 3.- CONSTATACIONES FÍSICAS

El proceso no cuenta con controles, mecanismos y procedimientos para bienes de larga duración y existencias.

CONCLUSIÓN

El proceso financiero inobservó lo dispuesto en las Normas de Control Interno **250 – 08 Constatación Física de existencias y Bienes de larga duración,** e incumplieron con el literal a) del artículo 77 de la Ley de la Contraloría General del Estado.

RECOMENDACIÓN

Al Jefe de Área

Deberá disponer la implementación y cumplimiento de la normativa al líder financiero.

Al Líder Financiero

Deberá revisar las Normas de Control Interno del Sector Público y ley de la Contraloría General del Estado.

NOTA No. 4.- RECAUDACIONES

El escaso sistema de control que tiene el sub-proceso de Recaudación impide tener una visión real de los ingresos generados por el Área de Salud.

No se cumplió con las Normas de Control Interno 120-05 Actividades de Monitoreo y Supervisión, 230 - 02 Recaudación y deposito de los ingresos, 230 - 03 Constancia

documental de la Recaudación, 230 - 05 Medidas de Protección de las Recaudaciones y 230-07 Arqueos sorpresivos de los valores en efectivo.

CONCLUSIÓN

El proceso financiero cumple de manera parcial con las Normas de Control Interno en cuanto a Recaudación de valores.

RECOMENDACIÓN

A la Tesorera

Revisión de las Normas de Control Interno del Sector Público

A Líder Financiero y Jefe de Área

Deberá solicitar a la Tesorera las acciones correctivas tomadas y los sistemas que se implementarán para el mejoramiento del sub-componente de recaudación en el Área de Salud.

NOTA No. 5.- CAPACITACIÓN AL PERSONAL

Poca capacitación al personal que está inmerso en el proceso financiero, e inobservancia de la norma **300 – 04 Capacitación y entrenamiento Permanente.**

CONCLUSIÓN

El proceso financiero cumple de manera parcial con las Normas de Control Interno en lo referente a Capacitación del Personal.

RECOMENDACIÓN

A Líder Financiero y Jefe de Área

Consideración de las Normas de Control Interno del Sector Público

NOTA No. 6.- INDICADORES DE GESTIÓN

Falta de implementación de un banco de indicadores de gestión, escaso cumplimiento de la Norma **110 – 04** sobre Indicadores De Gestión.

CONCLUSIÓN

Inobservancia de la Normativa referente a Indicadores de Gestión.

RECOMENDACIÓN

Al Líder del Proceso y Jefe de Área

Elaboración de un banco de indicadores de gestión, de los sub-procesos que forman parte integral del proceso financiero.

NOTA No. 7.- LA ENTREGA DE INFORMACIÓN POR PARTE DE FUNCIONARIOS PERMITE EL ESCLARECIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS HECHOS EXAMINADOS.

La falta de respuestas e información solicitada se debe a la poca colaboración y debido a las diligencias de los funcionarios a quienes se formuló los requerimientos, ocasionó limitaciones al cumplimiento de objetivos de esta Auditoría.

CONCLUSIÓN

La ausencia de información y evidencias ocasionada por la falta de atención y colaboración de algunos funcionarios, limitó el cumplimiento de los objetivos de esta auditoría.

RECOMENDACIÓN

Al Jefe del Área de Salud

Dirigirá oficio circular a todos los responsables de los diferentes procesos y sub-procesos sujetos a auditarse, para que de esta manera den todas las facilidades necesarias para una buena ejecución del trabajo a ser realizado.

NOTA No. 8.- PLAN ESTRATÉGICO Y POA.

La falta de actualización de la panificación estratégica que tiene el Área de Salud, lo que impide el logro de los objetivos que constituyen parte integral de la programación operativa anual.

CONCLUSIÓN

Inadecuada determinación de los actores tanto internos como externos con lo que cuenta el Área de Salud, colocación de otros programas como: incentivos, motivación al personal, parte presupuestaria para la ejecución de los proyectos.

RECOMENDACIÓN

Al Jefe del Área de Salud

Coordinar con el personal del Área de Salud para realizar los cambios respectivos en el plan estratégico.

NOTA No. 9.- SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

La falta de un sistema de control interno en el Área de Salud, da paso al escaso cumplimiento de la siguiente normativa **100-00** normas generales de control interno.

CONCLUSIÓN

La falta de un sistema de control interno no permite identificar: ambiente, contenido, flujo y calidad de la información, Indicadores de gestión, evaluación del control interno, control interno previo, control interno concurrente, control interno posterior, control administrativo de bienes, valores y documentos.

RECOMENDACIÓN

Al Jefe del Área de Salud

Se debe diseñar e implementar un sistema de control interno de acuerdo a la realidad de la institución, para lograr con eficiencia y eficacia cumplimiento de los objetivos que tiene el Área de Salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Realizada la investigación en el Área de Salud No. 3 La Tola-Vicentina, por medio de recolección de datos y generación de información, mediante la aplicación de encuestas, cuestionarios de control interno, observación de campo, análisis de la información y programas de auditoría se obtuvieron los siguientes resultados:

- Mediante forma verbal con él Líder Financiero, se pudo evidenciar que el Área de Salud no cuenta con un Plan Financiero lo que demuestra la inconsistencia, ausencia de definición y orientación adecuada en la gestión de Planificación Institucional, lo que dificulta poder alcanzar las metas y objetivos trazados por la institución.
- Tal como se evidencia en la aplicación de cuestionarios de control interno cuadro No. 2, cuadro No. 33, No. 48; el Proceso Financiero del Área de Salud, tiene carencia de Manuales de procedimientos, reglamentos internos, guías e instructivos que orienten y permitan una gestión de servicios eficiente y eficaz; así como una inadecuada segregación de funciones.
- Mediante el desarrollo del trabajo investigativo en el proceso financiero, no existe una cultura de entrenamiento continuo del personal administrativo y operativo, en temas relacionados con su gestión administrativa y de servicios.
- Mediante la aplicación de Programas de Auditoría se demostró que el Proceso cumple parcialmente la Normativa Legal en cuanto al Control Interno del Sector Público, así como de Contabilidad Gubernamental.
- No supervisa las actividades que se realizan en el proceso financiero por parte del líder del proceso por ejemplo revisión de nomina, pago de impuestos, informe de recaudación, transacciones ingresadas al E-SIGEF.
- Tal como se evidencia en la aplicación de cuestionarios de control interno cuadro No. 3, cuadro No. 35; el Proceso Financiero del Área de Salud le falta implementar mecanismo que permitan controlar la eficacia y eficiencia de la administración del efectivo.

- La aplicación de Programas de Auditoría reflejo, la falta de implementación de mecanismo, políticas que permitan controlar la eficacia y eficiencia de las existencias y activos de larga duración
- Por medio de la aplicación de Programas de Auditoría al Proceso Financiero y mediante análisis al Plan Estratégico se detectó que este proceso no maneja indicadores de gestión.
- De acuerdo al análisis realizado a la planificación estratégica se detectó que el mismo no está actualizado y se tendrían que incorporar otros programas para una mejor estructura del mismo.
- Se determinó mediante la realización de la presente investigación, la inobservancia de las Normas de Control Interno en lo referente a la implementación de un sistema de control interno.
- Mediante la aplicación de Programas de Auditoría se demostró que en el Área de Salud, falta la implementación y diseño de flujogramas de cada sub-proceso del Proceso Financiero.
- No cuenta el Área de Salud con un proceso de auditoría

5.2 RECOMENDACIÓN

- Implementar un Plan Financiero Institucional el que podrá constituir una herramienta técnica - administrativa, que permita evaluar su eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales del proceso.
- Diseñar manuales de procedimientos, funciones y reglamentos internos mismos que permitan un adecuado desarrollo de las operaciones que se realizan dentro de este proceso; así como la implementación de un archivo de guías e instructivos que dan los órganos reguladores, estos manuales, reglamentos guías e instructivos deberán ser actualizados de manera permanente.
- Programar cronogramas de capacitación al personal administrativo y operativo del Área no sólo al personal médico.
- Revisión de la normativa legal que rige al Sector Publico por parte de todo el personal que integra el Proceso Financiero, para que se diseñe e implemente un Sistema de Control Interno sólido.
- Supervisar y monitorear las actividades que se realizan en el proceso financiero, así como el establecimiento, aplicación de mecanismos y procedimientos durante

la ejecución de las operaciones con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos departamentales, la ejecución eficiente de las funciones y cumplimiento de disposiciones legales y normativas.

- Establecer políticas de control interno en lo referente a la Caja como por ejemplo: realizar arqueos sorpresivos de caja, por una persona autorizada del Área de Salud para comprobar la eficiencia y el correcto uso que se está haciendo de este dinero, por parte de la persona responsable.
- El proceso gobernante conjuntamente con el proceso habilitante de apoyo (Proceso Financiero), deben establecer un sistema adecuado para el control contable tanto de los bienes fungibles como de los bienes de larga duración, mediante registros detallados que permitan su control, conservación, seguridad y manejo.
- Se debe elaborar un banco de indicadores que se aplicar en toda el Área de Salud, para determinar de manera real la productividad, eficiencia y eficacia de las operaciones que se efectúan.
- Se debe fijar cronogramas con la finalidad de actualizar la planificación estratégica, ya que esta es una herramienta que ayuda a fijarnos a mediano y largo plazo; y a su vez permite el logro de los objetivos que se encuentran planteados en el POA.
- Elaborar un Sistema de Control Interno ya que este constituye el corazón de una institución; a demás de dar cumplimiento a la Normativa 100 sobre control interno.
- Elaborar flujogramas de actividades, mismo que permitan reflejar las actividades que se ejecutan en cada sub-proceso.
- Se recomienda implementar el proceso de auditoría en el Área de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. Manual de Auditoría de Gestión de La Contraloría General del Estado
2. Auditoría, un Enfoque Integral 12a edición.- Ray Whittington – Kart PanyInwin Mcgraw.Hill - 2000
3. Auditoría integral.- de la Academia Mexicana de Auditoría Integral
4. Auditorías Internas de Calidad.- M.A. Vila Espeso – R. Escuder Vallés - R. Romero Rodríguez.- Díaz de Santos – 2000
5. Auditoría y control interno.- Gustavo Cepeda.- Mcgraw.Hill - 1997
6. Auditoría de Gestión.- Maldonado Milton K.- Editorial Luz.- de América .- 2001
7. Auditoría, un Nuevo Enfoque Empresarial.- Carlos Slosse y otros, Ediciones Macchi, 1997
8. Administración Moderna Samuel C. Certo

ARCHIVOS DIGITALES

1. Plan Estratégico Área de Salud No. 3
2. Rendición de Cuentas
3. POA Área de Salud
4. POA financiero

LEYES

1. La Carta Constitucional de 2008; El proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud
2. Normas de Control Interno para el Sector Público Ecuatoriano.
3. Acuerdo Ministerial No. 00288, Ministerio de Salud Pública, Ley Orgánica de Salud. Art. 180

4. Ley de Presupuesto General del Estado
5. Ley de Contabilidad Gubernamental
6. Ley de Régimen Tributario Interno
7. Ley de la Contraloría General del Estado

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

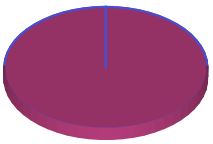
1. www.slideshare.net/peggy_spook/comunicacin-empresarial
2. http://books.google.com.ec/books?id=bBBgo_JgllAC&pg=PA57&lpg=PA57&dq=plan+global+de+auditoría&source=bl&ots=p_KE3CFkPo&sig=jb-wFvE2EsuV14p92eJe6TTtiM&hl=es&ei=w7fXS8L5EIPc8ATMhvSzCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CAoQ6AEwAjgK#v=onepage&q=plan%20global%20de%20auditoría&f=false
3. http://books.google.com.ec/books?id=qLVaTABhIOgC&pg=PA18&lpg=PA18&dq=plan+global+de+auditoría&source=bl&ots=euLPyhi0LF&sig=0-zQE9OZLODXgWXDyeYhDAkRpFc&hl=es&ei=w7fXS8L5EIPc8ATMhvSzCg&a=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CB4Q6AEwCDgK#v=onepage&q=plan%20global%20de%20auditoría&f=false
4. www.monografias.com/trabajos7/plane/plane.shtml
5. www.google.com
6. http://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_salud
7. www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/organigramas/default7.as
8. www.mef.gov.ec
9. www.sri.gov.ec

CUADROS CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

TABULACIÓN C.I. PROCESO FINANCIERO
CUADRO No. 1

Es adecuada la segregación de funciones en los casos de caja, cobro, depósitos al banco y registro contable?

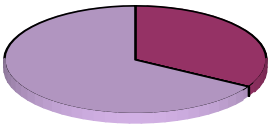
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 2

Existen manuales de procedimientos dentro del proceso?

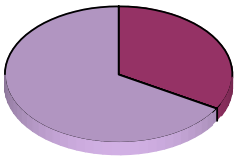
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	1	33,3	33,3	33,3
	NO	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 3

Se practica Arqueos de Caja sorpresivos y periódicos?

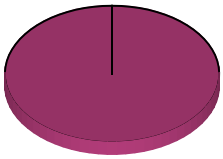
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	1	33,3	33,3	33,3
	NO	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 4

Existen cuentas bancarias en la institución?

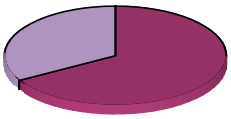
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 5

Se efectúan conciliaciones bancarias mensuales?

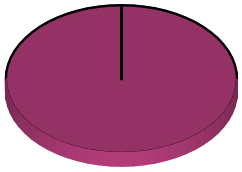
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66, 7	66, 7	66, 7
	NO	1	33, 3	33, 3	100, 0
	Total	3	100, 0	100, 0	



CUADRO No. 6

Se prepara y se archiva reportes de los depósitos que realiza la institución de forma mensual?

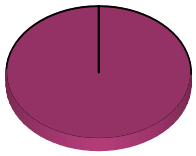
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 7

La proyección de gastos de la institución están sustentados en los planes operativos, metas de producción anual y objetivos?

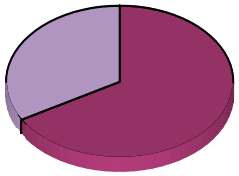
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 8

El presupuesto de la institución se lo realiza en base a históricos?

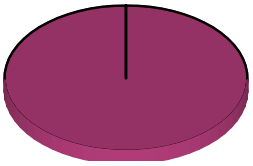
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 9

Cuando se realizan modificaciones al presupuesto del Área se encuentran debidamente justificadas?

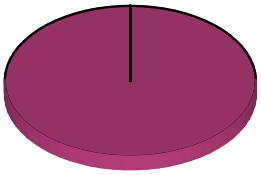
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 10

Se realizan certificaciones presupuestarias para las adquisiciones de insumos y materiales, contrataciones, etc.

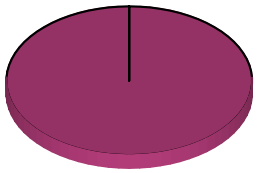
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 11

Coordina con la Jefatura Administrativa la formulación del Presupuesto.

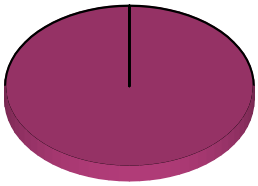
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 12

Se realiza evaluaciones y control del Presupuesto.

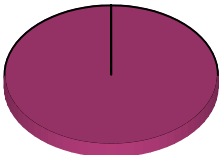
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 13

Prepara y presenta oportunamente los informes Contable- Financieros a la Jefatura del Área así como los organismos de control.

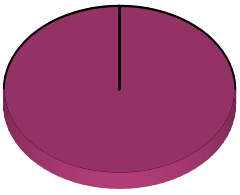
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 14

Optimiza los recursos económicos, materiales y humanos, con el fin de maximizar los beneficios.

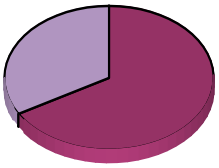
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 15

Asesora al Proceso Gobernante, para la toma de decisiones económicas.

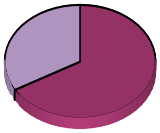
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 16

os ingresos y gastos son registrados al periodo al que corresponden

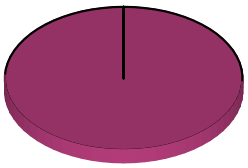
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 17

Los egresos están sustentados con documentos fehacientes y corresponden al giro del negocio.

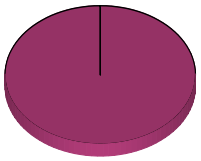
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 18

Se archivan en un lugar seguro y apropiado todos los comprobantes tanto de ingreso y egreso

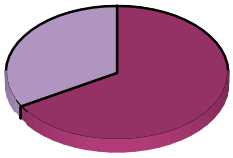
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 19

Se elabora reportes financieros para la toma de decisiones.

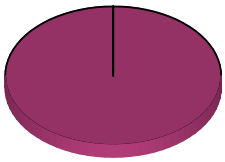
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 20

Cuenta el área con sistemas contables que faciliten el ingreso de transacciones

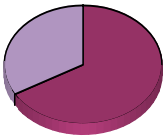
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 21

Cuenta el proceso financiero con Flujogramas de la información contable que se maneja en el mismo.

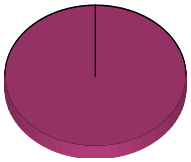
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 22

Se entrega al líder del proceso, previa revisión y visto bueno, los cheques, comprobantes de transacción, de retención en la fuente y demás documentos base que sustenten toda erogación económica.

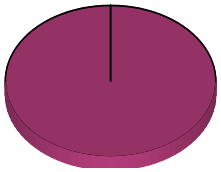
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 23

Cuenta el área con un sistema de registro de inventarios y de los bienes con los que cuenta la misma

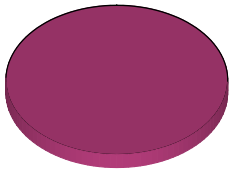
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 24

:umple con las obligaciones legales, sociales y especiales que tiene e Área.

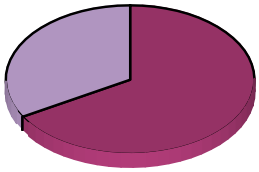
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 25

Se coordina con Tesorería para optimizar y mejorar el sistema de recaudación

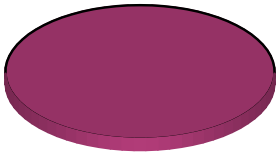
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 26

Las copias de los recibos emitidos los tiene archivados en estricto orden numérico y cronológico.

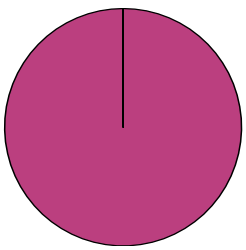
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 27

Existe una persona que determine los impuestos que deben causarse, autorice la presentación de declaraciones y vigile el cumplimiento de obligaciones fiscales

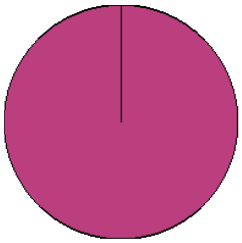
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 28

Existe un archivo completo y ordenado de las declaraciones y comprobantes de pago de los mismos.

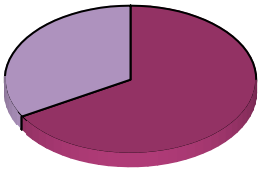
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 29

Las nominas son debidamente verificadas con las planillas del IESS

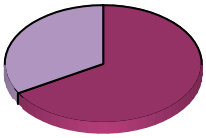
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 30

Se realizan periódicamente inventarios físicos de los materiales e insumos

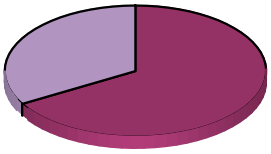
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 31

Se preparan informes de recepción de mercancías

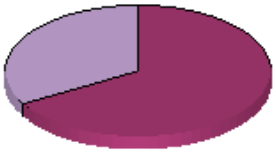
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 32

El proceso financiero es el encargado de los inventarios del área de salud

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

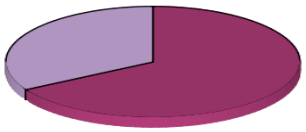


TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE TESORERÍA

CUADRO No. 33

Existen manuales de procedimientos para el área de tesorería?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 34

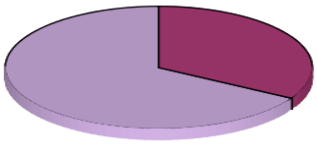
Los recibos oficiales de caja están debidamente enumerados de forma consecutiva y preimpresos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 35

Existe caja fuerte para la custodia del efectivo y sus documentos.

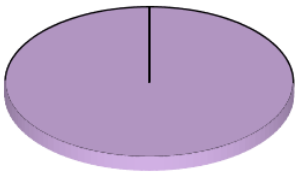
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	1	33,3	33,3	33,3
	NO	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 36

Existe un fondo fijo para caja chica y se lleva un registro auxiliar de cuentas bancarias

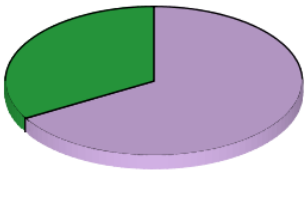
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 37

Son los cheques entregados por una persona independiente de quién los prepara

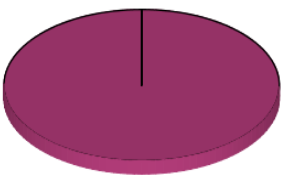
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 38

Realiza las conciliaciones bancarias el funcionario responsable de manejo de la cuenta bancos?

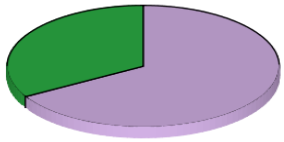
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 39

Se giran los cheques en orden numérico ysecuencial?

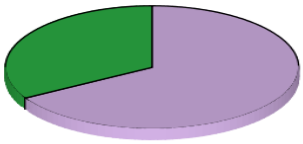
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 40

Las personas autorizadas para firmar cheques son: el jefe financiero yel jefe de área?

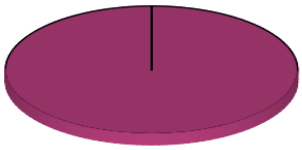
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 41

Existen reportes de registro ycontrol de ingresos yegresos?

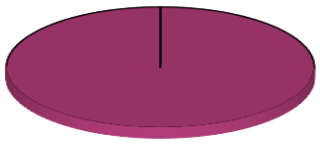
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 42

Se mantienen archivados cronológicamente los comprobantes de ingresos yegresos

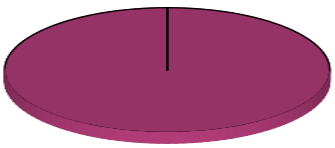
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 43

Los egresos son previamente aprobados por personas autorizadas

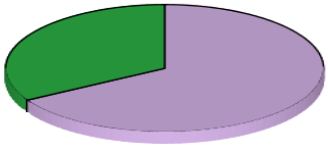
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 44

Los comprobantes que soportan los desembolsos son perforados o anulados con la leyenda pagado

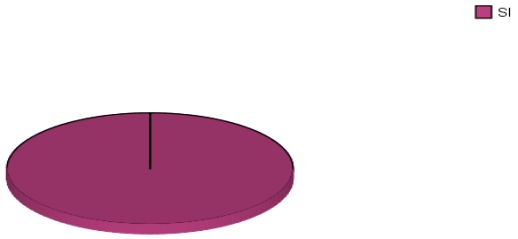
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 45

Los recibos anulados son conservados en forma consecutiva.

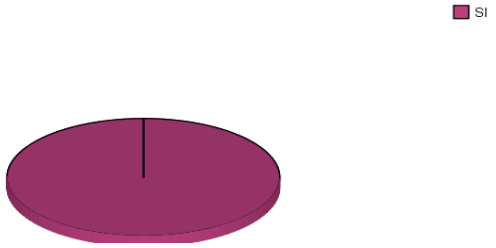
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 46

Antes de pagar cualquier comprobante, se revisa el cumplimiento de políticas y disposiciones administrativas para este trámite.

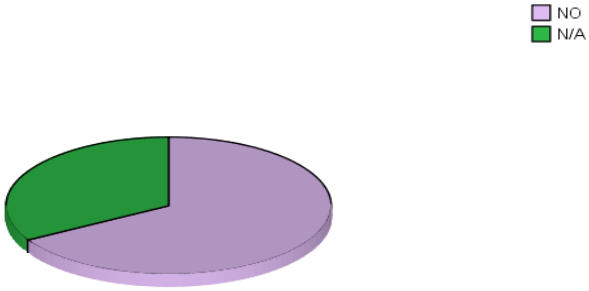
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 47

Existen horarios y días especiales para la entrega de cheques.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

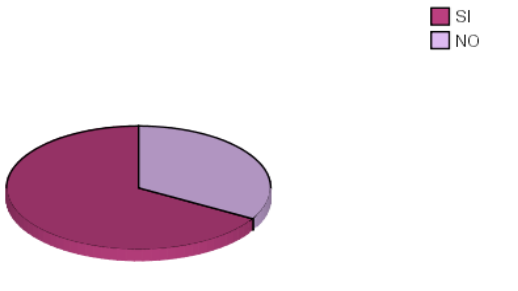


TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE PRESUPUESTOS-GESTIÓN FINANCIERA

CUADRO No. 48

Existen manuales que den lineamientos para la realización de presupuestos en la institución

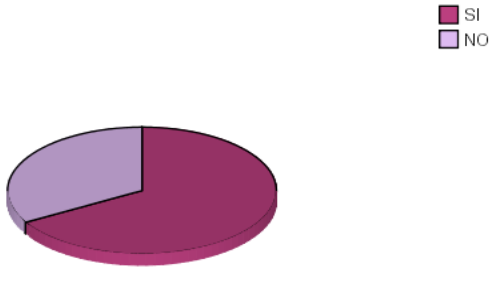
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 49

Los instrumentos para lo formulación del presupuesto son: clasificador presupuestario de ingresos y gastos, catálogos presupuestarios y partidas presupuestarias

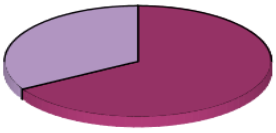
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 50

Se realiza una proforma presupuestaria para la elaboración del presupuesto institucional.

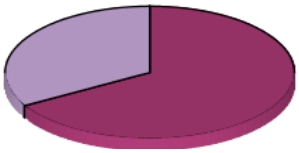
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 51

Las proyecciones de gastos se calcularán en función de los recursos humanos, físicos y materiales requeridos para la consecución de los objetivos y metas de las actividades y proyectos del plan operativo.

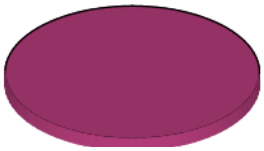
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 52

Se realizan modificaciones al presupuesto institucional?

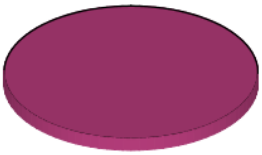
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 53

El presupuesto cumple con los principios presupuestarios?

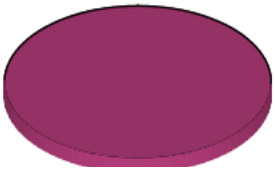
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 54

Los principios presupuestarios son: universalidad, unidad, programación, eficiencia, eficacia y transparencia

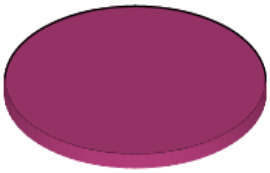
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 55

El Sistema Presupuestario de remuneraciones-SIPREM tiene consistencia entre los datos enviados y los distributivos y sus reformas aprobadas.

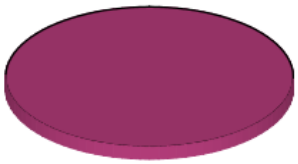
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 56

La elaboración del presupuesto de la institución cumple con las leyes, políticas ynormas técnicas pertinentes fijadas por el MEF?

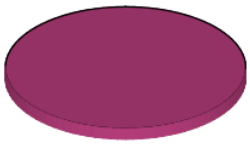
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 57

Programa en forma oportuna los ingresos del área de salud.

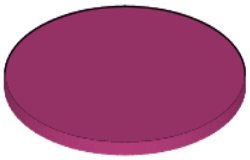
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 58

Organiza ymantiene actualizado el sistema contable yde control interno.

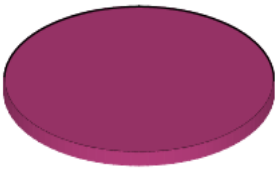
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 59

Organiza ydiseña los procedimientos de compras

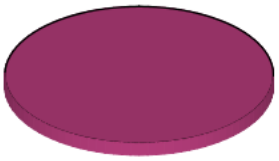
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 60

Dirige yrealiza las adquisiciones de conformidad a lo dispuesto por la Leyde Contratación Pública ymás normas existentes para el efecto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE CONTABILIDAD

CUADRO No. 61

Se archivan en un lugar seguro yapropiado todos los comprobantes tanto de ingreso yegreso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 62

Un contador debe ser: constate, ordenado, ágil, dinámico, compresivo, discreto yconfiable.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 63

Suministra informes financieros fiables yoportunos para la toma de decisiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 64

Se realizan rendiciones de cuentas o balances de ejecuciones presupuestales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 65

Cuenta el área con sistemas contables que faciliten el ingreso de transacciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

Los roles de pago son elaborados por el contador del Área de Salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 67

Entrega al Jefe Financiero, previa revisión los comprobantes de transacción, de retención en la fuente ydemás documentos base que sustenten toda erogación económica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 68

Digita en el computador toda la información, tendiente a tener al día la Contabilidad del Área de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

CUADRO No. 69

Establece saldos de las diferentes cuentas de egresos, con el propósito de que los valores erogados no excedan a los presupuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 70

Reporta a su jefe inmediato cualquier información que le sea solicitada, respecto a la situación contable.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 71

Realiza labores administrativas afines a su cargo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 72

Realizar las tareas que le sean encomendadas por el Jefe Financiero.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

CUADRO No. 73

Mantiene al día, los saldos de las Cuentas Contables

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

CUADRO No. 74

Cumple con las obligaciones legales, sociales yespeciales que tiene el Área.

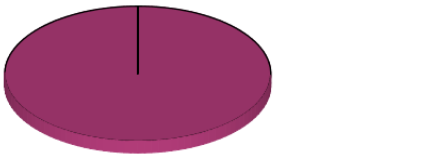
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE RECAUDACIÓN

CUADRO No. 75

Es adecuada la segregación de funciones incompatibles en el área para Las funciones de caja, cobro, depósitos al banco yregistro contable.

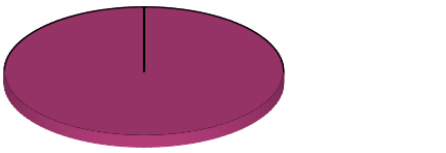
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 76

Cobrar en ventanilla los valores dados por los usuarios del área por concepto de especies valoradas.

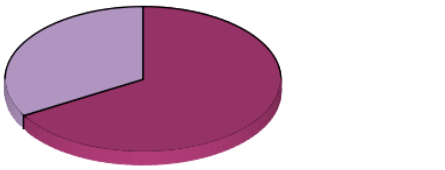
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 77

Coordinar con Tesorería para optimizar ymejorar el sistema de recaudación

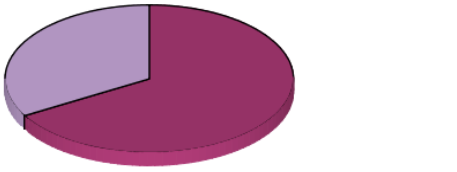
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 78

Concilia Caja antes de la finalización de la jornada laboral

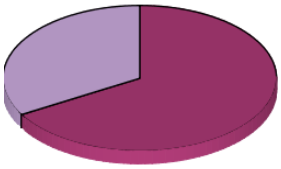
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 79

Entregar los valores recaudados a Tesorería, para el respectivo depósito diario.

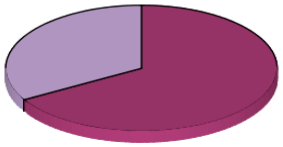
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 80

Confirma con tesorería la veracidad yexactitud de los valores entregados, mediante la elaboración de la correspondiente Acta de Entrega - Recepción

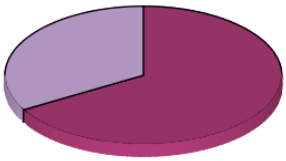
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 81

Presenta de manera oportuna aquellos informes que le solicitan sus superiores.

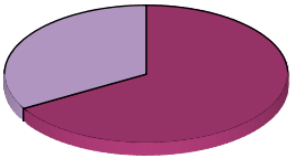
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 82

La información relaciona a los valores cobrados es vera yexacta.

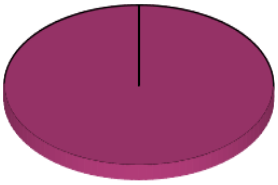
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 83

Al aceptar cheques como pago todo usted verifica: que el cheque no esté post fechado, que la cantidad tanto en números como en letras sean iguales yeste bien escrita la razón social del área de salud.

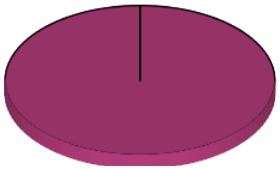
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 84

Emite recibos oficiales del área por cada cobro realizado

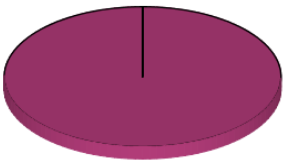
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 85

Entrega el comprobante original a la persona que efectúa el pago.

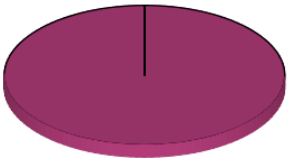
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 86

Las copias de los recibos emitidos los tiene archivados en estricto orden numérico y cronológico.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

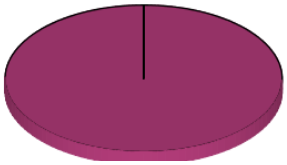


TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE SITUACIÓN TRIBUTARIA

CUADRO No. 87

Se monitorea las obligaciones fiscales así como su cumplimiento.

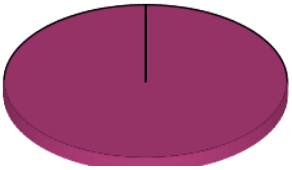
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 88

Las declaraciones de impuestos son preparadas con los datos de la contabilidad

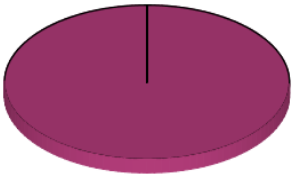
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 89

Las declaraciones de impuestos son presentadas oportunamente al SRI.

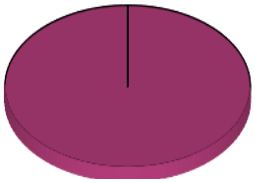
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 90

Existe un archivo completo y ordenado de las declaraciones y comprobantes de pago de los mismos.

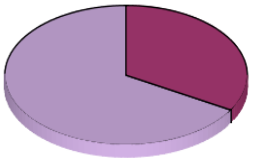
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 91

Se han presentados solicitudes de devolución de IVA

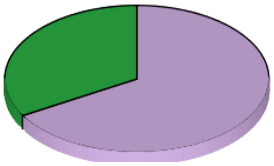
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	1	33,3	33,3	33,3
	NO	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 92

El SRI ha realizado la devolución por el monto solicitado por el área de salud

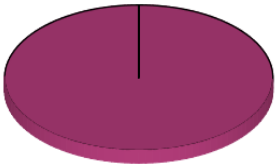
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	2	66,7	66,7	66,7
	N/A	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 93

Se presentan las anexos transaccionales a tiempo

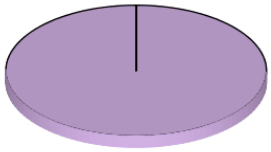
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 94

Se han cancelado multas por atrasos en las declaraciones

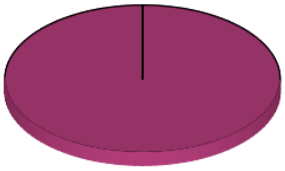
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 95

Lleva un registro de los impuestos declarados mes a mes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

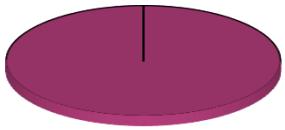


TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE PERSONAL Y NOMINA

CUADRO No. 96

Son autorizadas por escrito las vacaciones, el tiempo extra, los aumentos de sueldo y otras compensaciones y sus modificaciones?

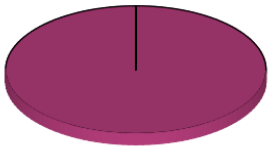
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 97

Las nominas son revisadas y autorizadas por el líder del proceso

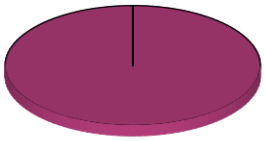
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 98

Existe un control efectivo para que al elaborar la nómina se descuenten prestamos u otros

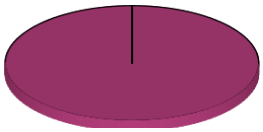
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 99

Existen respaldos en documentos por pago de sueldos y salarios?

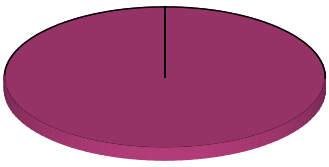
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 100

Se llevan algún registro del personal que paga impuesto a la renta en relación de dependencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0

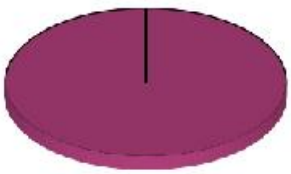


TABULACIÓN C.I. SUB COMPONENTE INVENTARIOS

CUADRO No. 101

Las compras de bienes o servicios son realizadas por medio del portal INCOP?

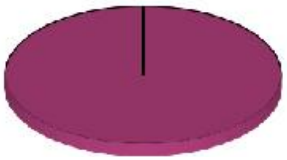
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 102

Están debidamente autorizadas las compras gestionadas a través del INCOP?

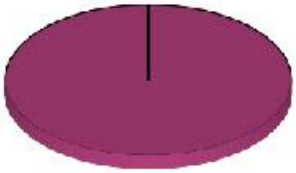
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 103

Requieren ciertos bienes, solicitudes de cotización.

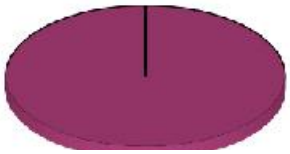
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 104

Existe una persona en el Proceso Financiero que controle los informes de recepción, registro de mercaderías oportunamente?

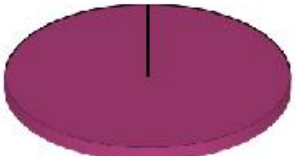
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 105

Cuenta el Área de Salud, con un sistema financiero que permita controlar los movimientos de mercaderías

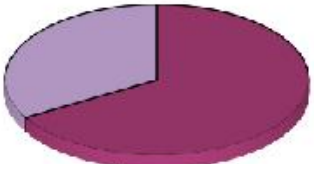
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 106

Se realizan periódicamente inventarios físicos de los materiales e insumos

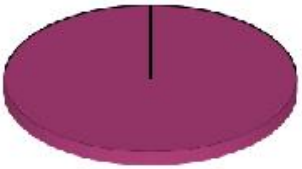
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 107

Existe algún método para evaluar los inventarios

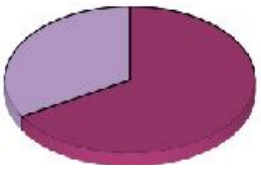
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 108

Cuenta con el personal suficiente para controlar los inventarios que posee el área de salud

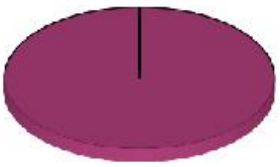
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	2	66,7	66,7	66,7
	NO	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	



CUADRO No. 109

Se notifica inmediatamente al Proceso Financiero sobre las mercancías devueltas a los proveedores.

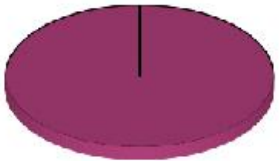
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 110

Las facturas son verificadas contra las órdenes de compra vcon los informes de recepción en bodega

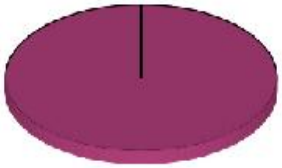
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



CUADRO No. 111

En la toma física de inventarios particip el proceso financiero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	100,0	100,0	100,0



ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA | SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION | ANEXO No. 1 POA ÁREA DE SALUD | SUBPROCESO PLANIFICACION

MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN OPERATIVO 2009

PERIODO: ENERO A SEPTIEMBRE

OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO RELACIONADOS CON SALUD
2: MEJORAR LAS CAPACIDADES DE LAS Y LOS CIUDADANOS (POLITICA 2.7)
3: AUMENTAR LA ESPERANZA Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION (POLITICAS 3.1 A 3.8)
4: PROMOVER UN MEDIO AMBIENTE SANO Y SOSTENIBLE Y GARANTIZAR EL ACCESO A AGUA, AIRE Y SUELO(POLITICAS 4.1 Y 4.4)

UNIDAD EJECUTORA: AREA DE SALUD Nº 3 TOLA VICENTINA

DIRECCION PROVINCIAL DE: PICHINCHA

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 1.- ASEGURAR EL ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, INTEGRADOS A TODA LA POBLACION ECUATORIANA, PRIORIZANDO AQUELLA POBLACION MAS VULNERABLE EN TODOS LOS NIVELES DE ATENCION

1	2	3	4	5	6	7	8
RELACION DEL OBJETIVO CON LA PROFORMA PRESUPUESTARIA	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR DE GESTION	DESCRIPCION DE META ANUAL A NIVEL DE UNIDAD EJECUTORA (Propuesta o esperada)	CUMPLIMIENTO DE LA META (en No. o en %)	PORCENTAJE ALCANZADO	OBSERVACIONES
PROGRAMA 005 ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD PROYECTO 005 ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD	ASEGURAR EL ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y GARANTIZAR LA ATENCIÓN A LA POBLACION	Intervenir a familias a través de visitas domiciliarias en atención familiar y comunitaria	No de fichas familiares abiertas	Abrir fichas familiares a …… familias	398 nuevas fichas		No esta el total de fichas familiares abiertas, estan solo las fichas de este periodo
		Conformar equipos básicos de salud (EBAS)	No de EBAS estructurados	Conformar……..Equipos Básicos de Salud (EBAS).	17		Los equipos estan conformados con todos los profesionales independientemente del tipo de contrato
		Realizar cirugías de cataratas	No de cirugías realizadas	Realizar …….Cirugías	9	72.73%	Se capto 48 de 66 planteados y se opero a 9 que representa el 12% de los captados
PROGRAMA 24 PROYECTO 028 ENFERMEDADES CATASTROFICAS	CONTROLAR Y BRINDAR TRATAMIENTO A LOS CASOS POR ENFERMEDADES CATASTROFICAS.	Detectar pacientes con enfermedades catastróficas	No de Pacientes detectados con enfermedades catastróficas	Detectar a …… pacientes con Enfermedades Catastróficas	2	100,0%	1 caso de cancer óseo esta con protesis y tratamiento en solca; un caso en espera que el HEE resuelva.
PROGRAMA 32 UNIDADES MOVILES DE SALUD ESCOLAR PROYECTO 32. UNIDADES MOVILES DE SALUD	ACERCAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION CON ACCIONES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD APS.	Realizar acciones de salud a través de Unidades Móviles.	No de beneficiarios atendidos	Atender a …… beneficiarios	5.026	100,0%	Comprende ferias, carpas, brigadas
PROGRAMA 34 MITIGACION, PREVENCION Y ATENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES PROYECTO 000 PROYECTO 021 PROYECTO 025	PREVENIR Y MITIGAR LOS IMPACTOS POR DESASTRES NATURALES Y ANTROPICOS	Capacitar al personal sobre aplicación de normas mínimas para la respuesta a emergencias y desastres	No de profesionales capacitados	Capacitar a …… profesionales de la salud.	-	0,0%	Actualizando el plan de gestión de riesgos; no hay planos de las UO por cuanto funcionan en casas comunales.
PROGRAMA 21 MATERNIDAD GRATUITA PROYECTO 000 PROYECTO 001	GARANTIZAR EL PAGO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS A MUJERES Y NIÑOS	Financiar el pago por prestaciones	No de prestaciones cubiertas por la LMGYAI	……. prestaciones a cubrir por la LMGYAI	46.895		Se han cubiertos todas las prestaciones de ley a excepción de ECO por cuanto no tenemos ecografista

TOTAL PRESUPUESTO DEL OBJETIVO 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE | VIGENTE SEGÚN e SIGEF: **179.112,27** | DEVENGADO e SIGEF: **148.745,81**

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2.- FORTALECER EL MODELO DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADO CON ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL BASADO EN PROMOCION DE LA SALUD, EDUCACION, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, RECUPERACION Y REHABILITACION EN EL NIVEL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO

1	2	3	4	5	6	7	8
RELACION DEL OBJETIVO CON LA PROFORMA PRESUPUESTARIA	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR DE GESTION	DESCRIPCION DE META ANUAL A NIVEL DE UNIDAD EJECUTORA (Propuesta o esperada)	CUMPLIMIENTO DE LA META (en No. o en %)	PORCENTAJE ALCANZADO	OBSERVACIONES
PROGRAMA COMUN 25 SISTEMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION SIAN	FORTALECER LA COMPLEMENTACION ALIMENTARIA Y DE MICRONUTRIENTES A TRAVES DE PROGRAMAS Y ACCIONES EDUCATIVAS	Satisfacer las necesidades nutricionales (Mi papilla y Mi bebida) a los grupos cubiertos por el programa.	No de niñas y niños de entre 6 y 36 meses que reciben productos de complementación alimentaria	Entrega de complemetanción alimentaria a …… niños y niñas	5.095	52,8%	
PROYECTO 017 PROGRAMA INTEGRAL DE MICRONUTRIENTES PIM			No de mujeres embarazadas que reciben complementación alimentaria	Entrega de complemetanción alimentaria a …… embarazadas	1.982	54,5%	
		Entregar micronutrientes (Vitamina A y Hierro) a menores de 1 año.	No de niños y niñas menores de 1 año que reciben Vitamina A y suplemento de hierro en gotas	Entrega de micronutientes (vit. A y Hierro) a…….. niños menores de 1 año	1395 niños Fe y 668 Vitamina A		Hierro se ha alcanzado a cubrir al 86,35% y vitamina A al 41,35 de la población asignada
PROGRAMA 028 SERVICIOS NORMATIVOS Y REGULACIÓN DE LA SALUD PROYECTOS 000 Y 028	NORMAR, MEJORAR Y ASEGURAR UNA ATENCION DE SALUD CON CALIDAD POR NIVELES DE ATENCION (ATENCIONES POR CICLOS DE VIDA, ERRADICACION DE LA VIOLENCIA DE GENERO, BANCOS DE LECHE, SEGURIDAD TRANSFUSIONAL, VIGILANCIA EN YODO) PROVEER ATENCIÓN DE SALUD A GRUPOS INTERCULTURALES	Brindar atención de salud con calidad y calidez a las personas, por ciclos de vida con enfoque intercultural, TANTO A NIVEL AMBULATORIO COMO HOSPITALARIO	No total de primeras consultas de prevención a menores de un año	Alcanzar a …… Consultas de control a menores de 1 año	1.037	32,0%	
			No total de consultas de prevención (primeras + subsecuentas) a niños y niñas menores de 1 año	Alcanzar una concentraci{on de …… en consultas de control al menor de 1 año	3.989	3,9%	La concentracion es en promedio 4 consultas por niño menor de un año; la norma del PLIS es de 6.
			No total de primeras consultas de control de embarazo	Alcanzar a …… Consultas de control prenatal a mujeres embarazadas	978	24,0%	
			No total de consultas de control de embarazo (primeras + subsecuentas)	Alcanzar una concentración de …… en consultas de control de embarazo	2.753	2,8%	Cada embarazada recibe al menos 3 controles en el embarazo de 5 que dice la norma
			No de partos atendidos	Atender ……partos	-	0,0%	
			No de atenciones para DOC MAMARIO	Atender a …… mujeres en DOC mamario	1.218	2,7%	Esta calculado en funcion de 25 a 64 años, no hay norma establecida en el PLIS.
			Total de Egresos	Egresos esperados ……			
			Dotacion normal de camas	…… camas asignadas			
			Total Camas Disponibles.	Disponer diariamente de ……Camas para la atención			
			Porcentaje de Ocupación	Porcentaje de ocupación esperado ……			
PROGRAMA COMUN 29 SALUD INTERCULTURAL SIN PROYECTO 000 Y PROYECTO 001		Administrar los recursos humanos, físicos, tecnológicos y otros destinados a la prestación de salud intercultural	No.de Unidades operativas del MSP que aplican modelos de gestión y atención con enfoque intercultural.	Aplicación del modelo de atención en …… unidades operativas	1	100,0%	Solo Monjas tiene población indígena, migrante de la sierra. Dentro del presupuesto esigef de la Unidad no existe estos programas razon po la cual no se hace constar valores

TOTAL PRESUPUESTO DEL OBJETIVO 2 AL 30 DE SEPTIEMBRE | VIGENTE SEGÚN e SIGEF: | DEVENGADO e SIGEF:

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 3- FORTALECER LOS SERVICIOS DE SALUD CON RECURSO HUMANO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS MEDIANTE LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DIRECCIONADA A LA APLICACIÓN DE PROCESOS BASADOS EN CALIDAD

1	2	3	4	5	6	7	8
RELACION DEL OBJETIVO CON LA PROFORMA PRESUPUESTARIA	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR DE GESTION	DESCRIPCION DE META ANUAL A NIVEL DE UNIDAD EJECUTORA (Propuesta o esperada)	CUMPLIMIENTO DE LA META (en No. o en %)	PORCENTAJE ALCANZADO	OBSERVACIONES
PROGRAMA 001 ADMINISTRACION GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROGRAMA 20 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SIN PROYECTO 000 PROYECTO 030 PROYECTO 023 PROYECTO 24	PROVEER LOS RECURSOS HUMANOS , ECONÓMICOS Y MATERIALES NECESARIOS PARA LA ADMINISTRACION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Financiar la nómina de recursos humanos y otros recursos necesarios para la gestión de los servicios de salud	No.total de servidores que laboran en la institución	Financiar el 100% de la nómina de recursos humanos y otros recursos necesarios para la gestión de los servicios de salud	100%		El personal del area esta pagado todos sus haberes hasta el 30 de octubre del 2009 y las obligaciones de ley.
PROGRAMA 22 PROVISION DE INSUMOS Y VACUNAS SIN PROYECTO 000. PROGRAMA 23 PLAN NACIONAL DE MEDICAMENTOS GENERICOS PROYECTO 006	FINANCIAR LA PROVISION GRATUITA DE MEDICAMENTOS, BIOLOGICOS E INSUMOS PARA LA PREVENCION Y ATENCION DE LA MORBILIDAD	Adquirir medicamentos, insumos y vacunas para acciones de prevesion y tratamiento de enfermedades más frecuentes	No.de medicamentos adquiridos ..... en relacion a la lista de medicamentos escenciales definida localmente	No.de items a adquirir	62	80,0%	El 80% de patologias estan cubierta con medicamentos genericos de acuerdo a la norma; se van a adquirir 5 items en el ultimo trimestre
			% utilizado del presupuesto asignado a la adquisición de medicamentos	.....% a utilizar del presupuesto para compra de medicamentos.	100%	85,9%	Del total asignado para medicamentos que es 93538,39 se ha ejecutado hasta el 30 de septiembre 80343,92; hasta el 12 /11/09 se ha ejecutado el 93,23
		TOTAL PRESUPUESTO DEL OBJETIVO 3 AL 30 DE SEPTIEMBRE		VIGENTE SEGÚN e SIGEF	973.372,76	DEVENGADO e SIGEF	852.019,52

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 4.- CONTROLAR Y VIGILAR LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, CRÓNICO-DEGENERATIVAS, ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, VIH/SIDA, TUBERCULOSIS, METAXENICAS,TRANSMITIDAS POR VECTORES Y POR EVENTOS CATASTRÓFICOS QUE PRODUCEN MAYOR IMPACTOS

1	2	3	4	5	6	7	8
RELACION DEL OBJETIVO CON LA PROFORMA PRESUPUESTARIA	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR DE GESTION	DESCRIPCION DE META ANUAL A NIVEL DE UNIDAD EJECUTORA (Propuesta o esperada)	CUMPLIMIENTO DE LA META (en No. o en %)	PORCENTAJE ALCANZADO	OBSERVACIONES
PROGRAMA 24 PROGRAMA DE SALUD PUBLICA SIN PROYECTO 000 PROYECTO 011 CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL MEDIANTE LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, CONTROL, VIGILANCIA Y TRATAMIENTO A LA POBLACIÓN AFECTADA POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, VIH/SIDA, DENGUE, PALUDISMO, CHAGAS, TUBERCULOSIS, ZOONOSIS, INFLUENZA, ONCOCERCOSIS,	Controlar, vigilar y dar tratamiento a pacientes con Tuberculosis en sus diferentes formas mediante la estrategia DOTS.	No de personas que reciben tratamiento de Tb bajo estrategia DOTS	Tratar a ..... pacientes con Tuberculosis mediante la estrategia DOTS	7	100,0%	
			No. Pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva curados	Lograr ..... Pacientes curados	4	100,0%	De los 7 cuatro pacientes se han curado y3 estan en tratamiento, se han examinado a 590 sintomáticos respiratorios de 630 idenficados
PROYECTO 007. PREVENCION Y CONTROL DEL VIH/SIDA/ITS.	PREVENIR, CONTROLAR Y TRATAR LOS CASOS DE VIH/SIDA.	Realizar acciones de prevención, control y tratamiento de los casos de VIH SIDA a través de la educación, concientización e implementación de normas y procedimientos para el tratamiento clínico y epidemiológico	No de atenciones con manejo sindrómico de Infecciones de Transmisión Sexual ITS	Atender a ..... pacientes con ITS.	1.023	70,0%	
			No. Personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antiretroviral	Controlar y tratar a ..... pacientes con VIH/SIDA	-		
PROYECTO 008 CONTROL DEL DENGUE.	CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE DENGUE CLASICO Y SUS COMPLICACIONES	Controlar , vigilar y dar tratamiento de casos de Dengue Clásico y sus complicaciones mediante la fumigación, control vectorial y tratamiento de casos	No de casos diagnosticados y tratados con Dengue	..... casos a detectarse y dar tratamiento	NA		
			No de casas rociadas con insecticidas de acción residual para control de vectores	Fumigar al .....de las casas y capacitar a sus ocupantes para controlar la reproducciòn de vectores	NA		
PROYECTO 009. CONTROL DEL PALUDISMO - MALARIA	CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE MALARIA	Controlar , vigilar y dar tratamiento los casos de Paludismo y sus complicaciones mediante la fumigación, control vectorial y tratamiento de casos	No de casos diagnosticados y tratados con Paludismo	..... casos a detectarse y dar tratamiento	NA		
			No de casas rociadas con insecticidas de acción residual para control de vectores	Fumigar al ..... de las casas y capacitar a sus ocupantes para controlar la reproducciòn de vectores	NA		
PROYECTO 010 CONTROL DEL CHAGAS	CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE CHAGAS	Controlar , vigilar y dar tratamiento los casos de Chagas.	No de casos diagnosticados y tratados con Chagas	Tratar a ..... pacientes de Chagas.	NA		
PROYECTO 012 CONTROL DE ZOONOSIS - RABIA	VACUNAR, CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE RABIA HUMANA Y CANINA	Realizar campaña nacional de vacunación canina.	No.de canes vacunados.	Vacunar a ..... canes.	5.201	57,8%	
PROYECTO 013. CONTROL DE LA ONCOCERCOSIS	CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE ONCOCERCOSIS	Controlar , vigilar y tratar los casos de Oncocercosis.	No de casos diagnosticados y que reciben tratamiento.	Tatar a .....pacientes con Oncocercosis.	NA		
SALUD MENTAL	CONTROLAR Y VIGILAR LOS CASOS DE SALUD MENTAL(DEPRESIÓN, SUICIDIO, TRASTORNOS MENTALES, etc.).	Detectar pacientes con problemas de salud mental	No de casos atendidos	Tratar a ..... personas con problemas de salud mental	1.131	100,0%	Es el total de pacientes que han asistido a consulta de salud mental y se han atendido
SALUD AMBIENTAL	CONTROLAR E INTERVENIR CON ACCIONES DE SALUD AMBIENTAL, PARA APOYAR LA CONSERVACION DEL MEDIO AMBIENTE.	Intervenir con actividades de salud ambiental a grupos de mayor riesgo.	No de actividades realizadas	Realizar ..... actividades de educación y prevención del medio ambiente	100		
PROMOCION DE LA SALUD	DESARROLLAR ACCIIONES DE PREVENCION Y FOMENTO DE LA SALUD.	Brindar acciones de promoción de la salud, a través de actividades de educación	No de actividades ejecutadas	Desarrollar ..... actividades de promoción ejecutadas	1.230		En el marco de la AH1N1 se ha repartido mas de 15 mil hojas informativas.
AGUA SEGURA	DESARROLLAR ACCIONES Y PROCEDIMIENTOSPARA EL TRATAMIENTO DE AGUA DE CONSUMO.	Intervenir en acciones de control y tratamiento de Agua	No de actividades realizadas	Capacitar a ..... personas sobre el tratamiento de agua	12		
PROYECTO 27 ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	PREVENIR, CONTROLAR, Y TRATAR PAGOLOGIAS DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES.	Difundir y capacitar sobre Normas y procedimientos para prevenir, controlar, vigilar y tratar casos de enfermedades crónicas no transmisibles	No de casos de diabetes que reciben tratamiento	Tratar y controlar a----------pacientes con problemas de diabetes	177		Se ha estado dando tratamiento a los pacientes de la asociación de diabéticos
			No de casos de HTA que reciben tratamiento	Tratar y controlar a----------pacientes con problemas de hipertensión	416		
PROYECTO 029 VIGILANCIA Y CONTROL DE LA FIEBRE AMARILLA	CONTROLAR, VIGILAR Y TRATAR LOS CASOS DE FIEBRE AMARILLA.	Controlar, vigilar y vacunar de Fiebre amarilla a la población de zonas de riesgo .	No de personas vacunadas para fiebre amarilla	vacunar al .....% de personas en riesgo	400	100,0%	Se ha atendido al 100% de la demanda
PROGRAMA 33 PANDEMIA GRIPE AVIAR PROYECTO 020 PROYECTO 035	INMUNIZAR, CONTROLAR, VIGILAR Y TRATAR LOS CASOS DE INFLUENZA	Prevenir, Controlar y Vigilar la posible pandemia de influenza	No. De casos de influenza AH1 N1 detectados y tratados	Tratar a ..... pacientes por influenza	23		Detectados, tratados y curados
PROGRAMA 24 PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA PROYECTO 015 INMUNIZACIONES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES POR VACUNA	INMUNIZAR A LA POBLACION SUSCEPTIBLE DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.	Vacunar a la población en riesgo de de enfermedades inmunoprevenibles	No.de menores de 1 año inmunizados con vacunas: Pentavalente 3, OPV3 y BCG	Vacunar a ..... niños menor de 1 año con esquema de Pentavalente 3, OPV3 y BCG	Penta 3: 2075 OPV3: 2060 y BCG: 6096	64 y 188%	Se incluye en BCG los de la MIA
			No.de niños menores de 1 año vacunados contra el rotavirus	Vacunar a ..... niños menores de 1 año con la vacuna dontra el Rotavirus.	4.142	61,0%	Son coberturas alcanzadas de acuerdo a poblacion
			P: Niños y niñas de 12 a 23 meses inmunizados contra Sarampion, Rubeola y Parotiditis (SRP)	Vacunar a.....niños y niñas contra Sarampion, Rubeola y Parotiditis (SRP)	1.780	56,0%	Coberturas
			No. de Adolescentes inmunizados contra Hepatitis B	Vacunar a.....adoslecentres contra la Hepatitis B.	4.717	67,0%	Coberturas
MORBILIDAD	VIGILAR, CONTROLAR Y TRATAR A LA POBLACION QUE DEMANDA SERVICIOS POR PATOLOGIAS..	Atender la demanda de pacientes por patologías.	No. Total de primeras consultas de morbilidad	Atender a ..... personas con diferentes patología.	37.679	20,5%	Estos datos corresponden a la antencion intramural
		TOTAL PRESUPUESTO DEL OBJETIVO 4 AL 30 DE SEPTIEMBRE		VIGENTE SEGÚN e SIGEF	13.671,03	DEVENGADO e SIGEF	3.140,00

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 5.- MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD

1	2	3	4	5	6	7	8
RELACION DEL OBJETIVO CON LA PROFORMA PRESUPUESTARIA	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR DE GESTION	DESCRIPCION DE META ANUAL A NIVEL DE UNIDAD EJECUTORA (Propuesta o esperada)	CUMPLIMIENTO DE LA META (en No. o en %)	PORCENTAJE ALCANZADO	OBSERVACIONES
PROGRAMA 03 EQUIPAMIENTO INSUMOS Y MANTENIMIENTO SIN PROYECTO 000 PROGRAMA 04. PROYECTO 002 PROYECTO 026 PROGRAMA 27 PROYECTO 018	RENOVAR Y ADQUIRIR EQUIPAMIENTO, REALIZAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS Y/O INSTALACIONES PARA GARANTIZAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE E LA RED DE SERVICIOS DE SALUD FORTALECER LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA RED DE SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL MSP.	Equipar y reequipar unidades de salud para el fortalecimiento de la unidad	No. DE UNIDADES EQUIPADAS O REEQUIPADAS (Areas de salud) O DE SERVICIOS (en Hospitales)	**AREA DE SALUD:** Equipar o reequipar a ..... unidades de salud	5	100,0%	Se ha realizado mantenimiento preventivo y correctivo de equipos odontológicos , de laboratorio y cadena de frío del PAI, pendiente 1 sillón
				HOSPITAL: Equipar o reequipar a ..... servicios			
		Construir obras civiles (Incluye Construcción nuevas, remodelación, ampliación)	No de obras civiles realizadas	Construir, remodelar y ampliar ---------- unidades operativas o servicios del hospital	1,0	100,0%	Jardin del Valle se romodeló por gestión de la comunidad; Se adecuo espacios en la Tola

TOTAL PRESUPUESTO DEL OBJETIVO 5 AL 30 DE SEPTIEMBRE	VIGENTE SEGÚN e SIGEF	**24.336,75**	DEVENGADO e SIGEF	**5.328,88**
TOTAL PRESUPUESTO GENERAL DE LOS 5 OBJETIVOS	VIGENTE SEGÚN e SIGEF	**1.190.492,81**	DEVENGADO e SIGEF	**1.009.234,21**

NOMBRE: DR. BAYARDO
DIRECTOR DE LA U. EJECUTORA

NOMBRE: SR. LUIS FREIRE
RESPONSABLE FINANCIERO

NOMBRE

FECHA 13/11/2009

MATRIZ DE PLAN OPERATIVO ANUAL (POA)
Año 2009
DATOS INSTITUCIONALES

NOMBRE DE LA INSTITUCION	DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA

Función Institucional principal según mandato Legal: NORMATIVA, REGULACION SANITARIA Y SERVICIOS DE SALUD | **Base Legal:** | **Tipo de Norma** DECRETO | **N°** 084 | **R. O. N°** | **Fecha:** 10-01-09

Misión: Mantiene actualizado a los usuarios internos del sector salud, con planes de capacitación y entrenamiento coninuo en la Provincia de Pichincha a través de la aplicación de tecnología de punta e investigación permanente, orientados a mejorar el rendimiento del área laboral de su dependiencia y su satisfacción personal, con solidaridad, igualdad y respeto, coadyuvando a un manejo transparente de los fondos públicos. Procurando el desarrollo integral del Talento Humano para atender con parámetros de calidad la demanda del sector salud.

Visión: Para el año 2011 el Sub Proceso de Capcitación contínua se consolidarse como la Unidad responsable de la capacitación a nivel Provincial, dotada de indicadores de gestión y monitoreo de las actividades de capacitación, alcanzado todos los niveles de gestión.

ANEXO No. 2 POA FINANCIERO

PLAN ANUAL PROCESO XX

Objetivos

1.		Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social	**7.**		Incrementar los espacios de encuentro comú
2.		Meiorar las capacidades de las y los ciudadanos	**8.**		Garantizar los derechos colectivos
3.	**X**	Aumentar la esperanza de vida	**9.**		Fomentar el acceso a la justicia
4		Promover un medio ambiente sano y sostenible, y garantizar	**10.**		Garantizar el acceso a participaciòn pública-po
5.		Garantizar la soberanía nacional y auspiciar la integración latinaomericana	**11.**		Auspiciar el desarrollo local, la competitividad y la sostenibilidad macroeconómica
6.		Garantizar un sustento (trabajo) sostenible, justo y digno	**12.**		Recuperar el rol regulador y redistribuidor del Estado en la economía y en el desarrollo territorial

ESTRATEGIAS DE ACCION INSTITUCIONAL

Prioridad	Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Indicador de gestión del Objetivo	Meta de gestión del Objetivo	Tiempo previsto para alcanzar la meta (en meses)	Programación trimestral en % de la meta				Presupuesto del Objetivo Estratégico Institucional	Responsable del Objetivo Estratégico Institucional	Actividades claves
					I	II	III	IV			
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Certificaciones emitidas / No. Certificaciones solicitadas	85%	12	x	x	x	x	$ 355.294,24	Jefe financiero (presupuesto)	Verificación y emisión de certificación en función de disponibilidad económica en los diferentes grupos de gasto y fuentes de financiamiento
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Certificaciones emitidas / No. Certificaciones solicitadas	85%	12	x	x	x	x		Jefe financiero (presupuesto)	Verificación y emisión de certificación en función de disponibilidad económica en los diferentes grupos de gasto y fuentes de financiamiento
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Modificaciones presupuestarias registradas / No. Modificaciones aprobadas	100%	4	x	x	x	x		Jefe financiero (presupuesto)	Análisis presupuestario para modificaciones presupuestarias de acuerdo a requerimientos institucionales
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Reprogramaciones presupuestarias aprobadas / No. Reprogramaciones aprobadas	100%	1	x	x	x	x		Jefe financiero (presupuesto)	Análisis presupuestario para modificaciones presupuestarias de acuerdo a requerimientos institucionales
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	No. De declaraciones IVA enviadas / No. De declaraciones IVA programadas	100%	12	x	x	x	x		Contador	Registro de compras y ventas de bienes y servicios para envio de declaración mensual al SRI
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	0	100%	12	x	x	x	x		Contador	Impresión de CUR de gasto como respaldo a compras de bienes y servicios
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	0	100%	12	x	x	x	x		Contador	Elaboración anexo transaccional como complemento a declaración mensual del IVA
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	No. Registros contables registrados / No, registros contables programados (esigef)	100%	12	x	x	x	x		Contador	Registro, aprobación, solicitud de CUR de gasto
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	No. Pagos aprobados / No. Pagos realizados	100%	12	x	x	x	x		Tesorero - Pagador	Solicitar pagos esigef
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de	No. CUR ngresos raprobados / No.CUR Ingresos registrados	100%	12	x	x	x	x		Tesorero - Pagador	Registro de ingreso en sitema olypo, esigef
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Nominas registradas y aprobadas	100%	245 12	x	x	x	x		Tesorero - Pagador	Regisro de ingresos y descuentos, elaboración aprobación, de nomina
Gestión y administración de recursos económicos	Administrar y controlar eficientemente los recursos asignados provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento	No. Planillas de aporte IESS enviadas	100%	12	x	x	x	x		Tesorero - Pagador	Envío planilla de aporte patronal, personal, préstamos quirografarios, hipotecarios, jubilaciones

ANEXO No. 3

FUNCIONARIOS PRINCIPALES DEL ÁREA DE SALUD No. 3

A continuación se detallan los principales funcionarios con los que cuenta el Área de Salud No. 3 son:

PROCESO	ROL	NOMBRE FUNCIONARIO
Gestión estratégica del Área de Salud urbana	Director de Área de Salud urbana	Dr. Bayardo Naranjo
Gestión técnica del Área de Salud urbana	Coordinador de procesos	Dra. Patricia Coral
Desarrollo organizacional	Gestión de recursos humanos	Lcda. Patricia Naranjo
Desarrollo organizacional	Gestión de servicios institucionales	Ing. Carlos Almeida
Desarrollo organizacional	Gestión informática	Ing. Richard Murillo
Desarrollo organizacional	Gestión de enfermería	Lcda. Patricia Andrade
Desarrollo organizacional	Gestión de control y vigilancia sanitaria	Dra. Katherin Brusil
Desarrollo organizacional	Gestión de farmacia	Dra. Grace Sarmiento
Desarrollo organizacional	Gestión financiera	Sr. Luis Freire

ANEXO No. 4

F.O.D.A. ÁREA DE SALUD No. 3

1.2.4.1 ANÁLISIS INTERNO AÑO 2008

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• Impulso y decisión de las autoridades para las acciones de fortalecimiento institucional. • Avances teóricos y metodológicos realizados por el MSP, CONASA. • Disponibilidad de recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales en el MSP. • Autoridad formal sobre la actividad sanitaria. • Recursos humanos técnicamente capacitados para actividades de salud y semi-estables • Algunos grupos formales e informales motivados hacia el cambio. • Existencia de una red de servicios de APS (Atención Primaria de Salud) funcional • Elaboración de planes operativos por unidad y sector en marcha. • Perfil para el mejoramiento de la calidad en base a línea de base.	• Servicios de salud poco accesible, inequitativa, ineficiente y de baja calidad para la población objetivo. • Estructura organizacional compleja, vertical, centralizada y burocratizada. • Institución con débil capacidad rectora y escaso liderazgo técnico. • Recursos humanos politizados con perfiles profesionales dispares • Débil y desarticulada formulación, ejecución y control de la planificación, así como presupuestación en base a datos históricos, mas no en función de la demanda. • Falta de un sistema de información gerencial, así como de mecanismos de información y comunicación interna eficientes. • Inadecuada política de asignación y distribución de recursos humanos desde nivel central y provincial. (falta) • Injerencia sindical en las decisiones estratégicas y operativas. • Modelo inapropiado en servicios de Salud

1.2.4.2. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

1.2.4.2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO AÑO 2008

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
• Marco constitucional para impulsar la reforma y desarrollo del sector Salud. • Ley de Descentralización y Participación Social. • Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. • Decreto Ejecutivo No. 350-b que autoriza la autogestión y la cogestión (en vigencia). • Potencial incremento del presupuesto para la salud definido por la Constitución de 1998[52]. • Agencias nacionales e internacionales que prestan apoyo técnico y financiero. • Participación de los actores sociales en propuestas de entornos saludables. • Tendencia a la conservación del medio ambiente y la biodiversidad. • Población ecuatoriana que demanda atención integral de salud (población en riesgo. • Decisión nacional para la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.	• Fragmentación del sector Salud. • Políticas y gestión de recursos humanos y presupuestarios manejadas por entes externos: Ministerio de Finanzas y SENRES • Reducción de los recursos para programas de salud pública, como producto de ajustes fiscales. • No aprobación real y efectiva en el presupuesto asignado • Falta de incentivos a la investigación y desarrollo tecnológico en salud. • Insuficiente atención a los problemas del ambiente: contaminación y otros que afectan a la salud de la población. • Insatisfacción creciente de los usuarios hacia las características del modelo de atención vigente: inequitativo, ineficiente, baja calidad de los servicios, baja cobertura, (horarios). • Existencia de diferentes regímenes de administración de personal, (LOAFYC y Código del trabajo) Carencia de políticas de Estado para el sector salud. • Tendencia de los medios de comunicación colectiva a distorsionar la información relacionada con salud.

Fuente: Plan Estratégico Área de Salud No. 3

[52] Al cierre de este documento el gobierno dijo públicamente que se iba a incrementar el presupuesto para salud y se autorizaba la contratación de 4500 plazas en salud.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES **ANEXO NO. 5**

No.	ACTIVIDAD	FEBRERO																																
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
1	Recolección de Información																																	
2	Revisión de la Información general del Área																																	
3	Análisis de la Información																																	
4	Elaboración de Encuestas																																	

No.	ACTIVIDAD	MARZO																																
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	Aplicación de Encuestas																																	
2	Análisis de Información																																	
3	Estructuración del F.O.D.A del Área de Salud																																	
4	Determinación de Problemas Financieros y Administrativos																																	

No.	ACTIVIDAD	ABRIL																																		
		L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	Revisión de información del Proceso financiero																																	
2	Investigación de Campo																																	
3	Agrupación y análisis de la documentación																																	
4	Investigación de Campo (Control interno del Proceso)																																	
5	Elaboración de organigrama del proceso financiero																																	
6	Conocimiento de sistemas contables con lo que trabaja el proceso financiero																																	
7	Elaboración de Matriz de Riesgo																																	

No.	ACTIVIDAD	MAYO																														
		S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Elaboración de cuestionario de Control Interno																															
2	Revisión de Cuestionarios de C.I																															
3	aplicación de Cuestionarios de C.I.																															
4	aplicación de Cuestionarios de C.I.																															

No.	ACTIVIDAD	JUNIO																														
		M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Tabulación y análisis																															
2	Elaboración de programas de auditoría																															
3	Revisión de programas de auditoría																															
4	Aplicación de Programas de auditoría																															
5	Clasificación de información																															
6	Presentación de de ejecución de programas de auditoría																															
7	Elaboración de matriz de hallazgos																															

No.	ACTIVIDAD	JULIO																														
		J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Presentación de hoja de hallazgos																															
2	Elaboración de procedimientos de programas de auditoría																															
3	Elaboración de informe de auditoría																															
4	Elaboración capítulo IV																															
5	Presentación capítulo I-IV																															

ANEXO No. 6

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACTIVIDADES

(Definición general) Acciones necesarias en un proyecto para transformar determinados recursos en productos a partir de un conjunto de insumos y recursos, en un periodo determinado. Acciones que consumen recursos y tiempo; se les puede identificar un responsable y un producto medible resultante.

(Definición presupuestaria) Es la categoría programática de menor nivel cuya producción puede ser terminal, en el caso que contribuya parcialmente a la producción y provisión del programa o proyecto, o intermedia, si condiciona a otras actividades, programas o proyectos.

ÁREA DE SALUD PÚBLICA

Unidad básica operativa que presta servicios de atención medica a un determinado grupo poblacional

CATÁLOGO PRESUPUESTARIO

Son instrumentos para la sistematización y estandarización de la información contable y presupuestaria.

CICLO PRESUPUESTARIO

Comprende las fases de programación, formulación, ejecución, evaluación, clausura y liquidación presupuestaria

COMPROMISO

Es una reserva presupuestaria previa al devengamiento (Presupuesto Devengado) de los hechos económicos producto de la celebración de contratos, convenios, emisión de actos administrativos u otros procedimientos de similares características.

COMPROBANTE ÚNICO DE REGISTRO (CUR)

Documento en el que consta el pago a proveedores

DEVENGADO

Consiste en el registro de los hechos económicos (ingresos y gastos) en el momento en el que estos ocurren, haya o no movimiento de dinero, como consecuencia del reconocimiento de derechos u obligaciones.

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes y servicios en la cantidad, calidad y oportunidad.

ETARIOS

Perteneciente o relativo a la edad de una persona

GASTOS CORRIENTES

Son los gastos destinados por el Estado para adquirir bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades operacionales de administración y transferir recursos sin contraprestación. Están conformados por gastos en personal, prestaciones de seguridad social, bienes y servicios de consumo, aporte fiscal, gastos financieros, otros gastos y transferencias corrientes. El devengamiento de los gastos corrientes produce contablemente modificaciones indirectas en la estructura patrimonial del Estado, debido a la utilización de cuentas operacionales o de resultados que permiten establecer previamente el resultado de la gestión anual.

INGRESOS CORRIENTES

Provienen del poder impositivo ejercido por el Estado, de la venta de sus bienes y servicios, de la renta de su patrimonio y de ingresos sin contraprestación. Están conformados por los impuestos, los fondos de la seguridad social, las tasas y contribuciones, la venta de bienes y servicios de consumo, las rentas de sus inversiones y las multas tributarias y no tributarias, las transferencias, las donaciones y otros ingresos.

En la ejecución, su devengamiento produce contablemente modificaciones

indirectas en la estructura patrimonial del Estado, debido a la utilización de cuentas operacionales o de resultados que permiten establecer previamente el resultado de la gestión anual.

INGRESOS DE AUTOGESTIÓN

Los que se origina por la venta de bienes y servicios, tasas, contribuciones, derechos, rentas de inversiones, multas y otros que generen por las actividades propias de las entidades y organismos.

MECANISMO

Manera de producirse o de realizar una actividad

ORGANIGRAMA

Representación grafica de la estructura organizacional

PRESUPUESTO CODIFICADO

Es el presupuesto inicial más las reformas realizadas (aumentos y/o disminuciones), a un período de corte.

PRESUPUESTO DEVENGADO

Es el monto de las obras, bienes o servicios tramitados por la entidad cuyo valor es una obligación de pago, en forma independiente si este pago se realizó o no.

PRESUPUESTO PAGADO

Es el presupuesto que registra el "pago efectivo" o liquidación de una obligación pecuniaria mediante un desembolso de dinero o transferencia realizado al proveedor de un bien o servicio adquirido.

PROGRAMA DE AUDITORÍA

Un programa de auditoría expone la naturaleza, oportunidad y grado de los procedimientos de auditoría planificados que se requieren para implementar el plan de auditoría global. El programa de auditoría sirve como un conjunto de instrucciones para los auxiliares involucrados en la auditoría y como un medio para controlar la ejecución apropiada del trabajo.

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL

Son aquellas políticas y procedimientos además del ambiente de control, que la administración ha establecido para lograr los objetivos específicos de la entidad.

PROCEDIMIENTO

Plan vigente que conlleva una serie de acciones relacionadas y que tienen que tomarse para cumplir una tarea en particular.

POR DEVENGAR

Diferencia entre el presupuesto codificado y el presupuesto devengado.

SUB PROCESO

Conjunto de actividades interrelacionadas que necesariamente dependen de un proceso de mayor cobertura.

ANEXO No. 7

SIGLAS

C.I.	Control Interno
CGE	Contraloría General del Estado
CONASA	Consejo Nacional De Salud
C.S	Centro de Salud
DPSP	Dirección Provincial de Salud
EBAS	Equipo Básico de Atención en Salud
F.O.D.A	Fuerzas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
MSP	Ministerio de Salud Pública
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
P.A.C	Plan Anual de Compras
P.O.A	Programación Operativa Anual
PIA	Programación Indicativa Anual
SENPLADES	Secretaria Nacional De Planificación Y Desarrollo
UDAF	Unidad de Administración Financiera
U.O	Unidad Operativa