

CAPÍTULO I

1. ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA

1.1. Antecedentes

La prestación de servicios médicos para la comunidad tiene una historia y una tradición, que se remonta a los albores mismos de la humanidad, pues una de las prioridades del hombre ha sido siempre tratar de prolongar al máximo su existencia, en este sentido varios han sido los esfuerzos, realizados por la humanidad, en la posibilidad de encontrar el remedio para sus males y conseguir un ansiado objetivo, en ésta búsqueda no ha dudado en acudir a creencias, dogmas de fe, ritos y un sinnúmero de actividades que le permitan lograr este sueño. Con el pasar del tiempo, y al advenimiento de nuevas formas de vida, nuevas culturas y otras exigencias propias del desarrollo de la sociedad, el hombre ha ido adecuando la forma de tratamiento para sus dolencias, ya no solamente recurría a lo espiritual, el hombre en su búsqueda constante comenzó a utilizar otros espacios, escenarios y sobre todo métodos menos ortodoxos para curar estos males, apareció la medicina como ciencia de tratamiento de las enfermedades del ser humano y con ella el hombre fue encontrando respuesta a muchas incógnitas, a muchos tabúes impuestos principalmente por creencias propias de las distintas culturas.

Y es así con el aparecimiento de la medicina igualmente nace la necesidad de crear centros especializados para el tratamiento de las enfermedades, así tenemos: las clínicas, los hospitales, los centros especializados en salud y otras unidades que tienen que ver con el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación.

Actualmente los hospitales representan un elemento esencial en los sistemas locales de salud. Esto se debe no sólo al papel que juegan en la atención de pacientes que requieren servicios más especializados, que los disponibles en los **1**

centros y subcentros de salud, sino también por el apoyo que ofrecen a estos establecimientos de menor complejidad en cuanto a sistemas de información, funciones gerenciales, desarrollo de recursos humanos, logística e investigación.

1.2. Base Legal de la Empresa

La existencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba se fundamenta bajo las siguientes normas legales:

Mediante Decreto N° 084 del 06 de Junio de 1967, la Honorable Asamblea Nacional Constituyente, publicado en el Registro Oficial N° 149 del 16 del mismo mes y año. Se crea el Ministerio de Salud Pública, como Institución rectora de la salud del Ecuador.

El 14 de Abril de 1972, a través del Decreto Supremo N° 232 publicado en el Registro Oficial N° 48 del mismo mes y año, se crea en el Ministerio de Salud Pública la Dirección General de Salud y se suprimen las Juntas de Asistencias Sociales del País, y son asumidas por el Ministerio de Salud Pública, las Unidades Operativas de Salud con todos sus respectivos patrimonios derechos y obligaciones, que pertenecían a las Juntas de Asistencia Sociales del País y, además se establecen las Regiones de Salud estos posteriormente fueron suspendidos, quedando conformadas con las Jefaturas Provinciales (Hoy Direcciones Provinciales) de quienes pasan a depender jerárquicamente, técnico y administrativamente los Hospitales en sus respectivas provincias y en el caso del Hospital de Riobamba, pasa a depender de la Jefatura Provincial de Chimborazo.

El Orgánico funcional de esta institución se fundamenta en el Art. 174 del Reglamento Orgánico funcional del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante el acuerdo Ministerial N° 5252 y publicado en el Registro Oficial N° 533 de fecha 23 de septiembre de 1994, que faculta a la Dirección Nacional de Servicios Hospitalarios, elaborar Normas Técnicas, Reglamentos, Manuales de Procedimiento para el manejo técnico administrativo de las Unidades Operativas, proceder a su implantación, vigilar su cumplimiento y aplicación, y , el Art. 134 del Reglamento Orgánico funcional general de Hospitales del Ministerio de Salud,

Pública, publicado en el Registro Oficial N° 793 de fecha 25 de julio de 1984, que faculta a cada unidad hospitalaria elaborar su propio reglamento, de acuerdo a su nivel de complejidad, servicios que presta y de recursos disponibles.

El Hospital, es una unidad de sistema nacional, de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, que se halla ubicada en la ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo, que por el tipo de atención es general; por el tiempo de permanencia de los pacientes, es un hospital de adultos; por su ubicación geográfica es un hospital provincial que brinda una atención de salud integral a los usuarios, ambulatorios y de internación a la población del área de su influencia.

1.3. Reseña Histórica

En el siglo pasado sin fecha exacta y con la colaboración de las hermanas de la Caridad, entró a funcionar un pequeño Hospital que brindaba servicios médicos básicos acordes a la época, en beneficio de la comunidad.

En el año 1926 se creó en la Provincia de Chimborazo, la Subdirección de Asistencia Pública de Chimborazo, siendo el primer Subdirector de este organismo, el Dr. Luis Fernando Vela; a este le sucedió el Sr. Miguel Ángel León Pontón en el año 1929; y, en el año 1934, este cargo fue ocupado por el Sr. Reinaldo Dávalos. Estos tres caballeros administraron el viejo Hospital San Juan de Dios, conjuntamente con las Madres de la Caridad, en el local del Normal Católico, ubicado en las calles, 5 de Junio y Colombia, tan primitivo con su organización que solo proporcionaba servicios de medicina general y consulta externa.

En el año 1938 el Dr. Tobías Cárdenas, nuevo Subdirector, identificó la necesidad de construir el nuevo hospital, para lo cual adquirió un terreno, en 1942 el Gobierno Nacional contrató el Servicio Cooperativo Interamericano, para la construcción del Nuevo Hospital, demorando largos años su edificación; fue el Dr. Humberto Moreano, nombrado como Subdirector, quien se preocupó, desafiando al tiempo y a la inercia estatal, porque esta obra importante sea concluida.

Así sucedió, siendo un histórico acontecimiento la solemne inauguración del Hospital llamado "Policlínico" el 23 de mayo de 1952, con la asistencia del entonces Presidente la República Sr. Dn. Galo Plaza Lasso, establecimiento ubicado en las calles 5 de Junio y Carondelet.

"El Hospital Policlínico se inauguró con la siguiente organización técnica:

1. Servicios Médicos Clínicos con medicina interna, cirugía, obstetricia, ginecología, consulta externa y emergencia. Pediatría que corresponde a esta área la cual fue instalada más tarde.
2. Servicios Médicos de colaboración diagnóstica y terapéutica con laboratorio clínico, radiología y atención dental.
3. Servicio Técnico de colaboración médica como: farmacia, enfermería, registro hospitalario, estadística y esterilización, Dietética que corresponde a esta área, se instaló posteriormente.
4. Servicios Administrativo Generales con contabilidad, adquisición y bodega, personal, mantenimiento, lavandería, ropería, aseo y limpieza."

Este hospital en sus inicios fue incompleto al no contar con el servicio de Pediatría, ya que un Hospital General completo según la clasificación hospitalaria debe contar al menos con las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecobstetricia; el servicio de Pediatría era ofrecido a la comunidad Riobambeña exclusivamente, por un hospital pediátrico.

En 1974 se implementó la Historia Clínica Única en el Policlínico, documento de excepcional importancia ya que a partir de este año se registraron en forma detallada y ordenada todos los datos relativos a la salud de una persona, haciendo más eficiente la prestación del servicio.

Por disposición ministerial en el tiempo de la Junta Militar 1977-1978, debido a lo obsoleto del edificio, ya que sus instalaciones se encontraban dañadas, sobre todo las de agua, luz, canalización, y además el edificio estaba húmedo, lleno de hongos y bacterias, se dispuso el traslado a lo que era en ese entonces la EX – LEA (Liga Ecuatoriana Antituberculosa) de Chimborazo, el Sanatorio "Juan Tanca Marengo", ubicado en las calles Olmedo y Cuba. Este local era muy estrecho⁴

pues tenía capacidad para 70 camas, sin embargo se instalaron 205 camas, con las cuatro especialidades básicas, existiendo déficit del área física y de recursos humanos, apenas contaba con 13 médicos tratantes y 5 enfermeras profesionales, y un total de 250 empleados y trabajadores.

El 1984 en la Presidencia de la República del Dr. Osvaldo Hurtado Larrea (1981-1984), firma el contrato para la construcción de un nuevo Hospital, luego en la Presidencia del Ing. León Febres Cordero (1984-1988), y en la Presidencia del Dr. Rodrigo Borja (1988-1992), se continuó la obra física, con interrupciones periódicas.

En la Presidencia del Arq. Sixto Duran Ballén (1992-1996), se tomó la decisión política de terminar la obra prioritaria para la Provincia como era el nuevo Hospital Policlínico, se inauguró sin entrar aún en funcionamiento, por la falta de la selección de los recursos humanos. Hubo muchos esfuerzos de las autoridades de turno del Hospital, de sus empleados y trabajadores, para concretar esta obra tan esperada por la ciudad de Riobamba.

Con el Abogado Abdalá Bucarán (1996-1997), como presidente, nuevamente se inauguró el Hospital y entró a funcionar el 6 de diciembre de 1996, solamente los servicios ambulatorios como son: Consulta Externa, Estadística, y Administración. El 18 de febrero de 1998, se abrió la primera historia clínica del nuevo archivo de este hospital, que actualmente cuenta más de 206.320 historias clínicas.

En la presidencia del Dr. Fabián Alarcón (1997-1998), el 7 de marzo de 1998, se tuvo la tercera y última inauguración del nuevo local ubicado en las calles Ave. Juan Félix Proaño entre Olmedo y Chile, donde ya se encontraba funcionando con todos los recursos humanos y toda la capacidad de la infraestructura y tecnológica. Contando con una capacidad instalada de 220 camas hospitalarias y un total de camas disponibles de 192, con las siguientes especialidades: Medicina Interna 50 camas, Cirugía 52 camas, Pediatría 25 camas, Neonatología 15 camas, Ginecobstetricia con 72 camas, Quemados con 4 camas y además por primera vez en esta casa de salud funcionó la unidad de cuidados intensivos con 6 camas. Su construcción es muy moderna de carácter horizontal de cuatro plantas, con un área física de 6.000 metros cuadrados, espacios verdes, y estacionamientos muy amplios. Con este traslado, el nombre del Hospital

Policlínico, sé cambio al de María Josefina de Duran Ballén, pero este nombre no fue utilizado. Actualmente se le denomina “Hospital Provincial General Docente Riobamba”, y funciona con 220 camas disponibles, 6 especialidades básicas, 18 subespecialidades.

1.4. Direccionamiento estratégico

1.4.1. Misión del HPGDR

El Hospital Provincial General de Riobamba garantiza atención oportuna e integral de salud a través de la implementación de las políticas del estado, con calidad, calidez, eficacia y eficiencia para la población que demanda los servicios de atención preventiva, curativa y de rehabilitación, sin discrimen, con talento humano calificado, motivado y con experiencia fundamentada en el trabajo interdisciplinario.

1.4.2. Visión del HPGDR

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba para el año 2013 será una unidad de referencia, capaz de prevenir y resolver en forma integral y oportuna los problemas de salud de la población, garantizará servicios de calidad con tecnología de última generación e infraestructura adecuada, basada en los principios de solidaridad, equidad, universalidad y transparencia administrativa. Dispondrá de insumos y medicamentos gratuitos acorde al perfil epidemiológico.

1.4.3. Objetivos

Objetivo 1: Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

Objetivo 2: Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

Objetivo 3: Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

Objetivo 4: Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

Objetivo 5: Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

Objetivo 6: Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

1.4.4. Funciones

- a) Planificar, organizar, dirigir y controlar el desarrollo de programas y actividades de salud en el área de su influencia.
- b) Ejecutar actividades de protección específicas de salud.
- c) Desarrollar acciones de fomento de salud.
- d) Brindar atención de recuperación de salud.
- e) Cumplir con actividades de rehabilitación.
- f) Ejecutar docencia intra y extra hospitalaria e interinstitucional.
- g) Realizar investigaciones médicas y administrativas.
- h) Prestar asistencia técnica a las Unidades Operativas de menor complejidad dentro del sistema regionalizado y de la red de los servicios de salud.
- i) Recibir o realizar referencia y contrarreferencia de usuarios de las áreas y Unidades de Salud dentro del área de su influencia.
- j) Coordinar las actividades, con los diferentes niveles del sector salud intra y extra institucional.

1.4.5. Políticas

Capacidad directiva:

- Reestructurar la normatividad jurídica del Hospital.
- Ser un hospital acreditado y líder en el ámbito regional.

Capacidad Competitiva:

- Disponer de directivos líderes y profesionales.
- Brindar servicios de salud de calidad que contribuyan al mejoramiento de vida de la población provincial y del país.

Capacidad Financiera:

- Fortalecer y crear servicios de autofinanciamiento para asegurar la atención a los clientes.

Capacidad Tecnológica:

- Adquirir equipos y maquinaria moderna acordes a los avances tecnológicos y las necesidades de los usuarios.

Capacidad de Talento Humano:

- Contar con personal profesional, calificado y capacitado.

Capacidad de Investigación y Desarrollo:

- Actualizar permanentemente los conocimientos en función de los avances científicos relacionados con la salud a fin de mejorar los servicios de atención.

1.4.6. Estrategias

Capacidad directiva:

- Identificando las unidades, puestos y funciones de la institución.
- Poner en práctica las reformas establecidas por el Ministerio de Salud.

Capacidad Competitiva:

- Diseñar un programa de Gerencia Estratégica en Salud.
- Diseñar un Programa de Medicina Preventiva y Medicina Curativa Especializada.
- Diseñar un Programa de Comunicación Integral.

Capacidad Financiera:

- Desarrollar Programas de Medicina Reconstructiva-Estética.
- Realizar Programas de Utilización de laboratorios.

Capacidad Tecnológica:

- Preparar Programas para modernización de maquinaria y equipo.

Capacidad de Talento Humano:

- Capacitar al personal en áreas específicas de acuerdo a su función, priorizando las áreas de la institución.

Capacidad de Investigación y Desarrollo:

- Diseñar un programa de actualización científica.

1.4.7. Principios

- Respeto a los derechos humanos en general y de los niños en particular.
- Respeto a la diversidad étnica.
- Solidaridad intergeneracional.
- Desarrollo humano.

- Calidad humana.
- Desarrollo social.

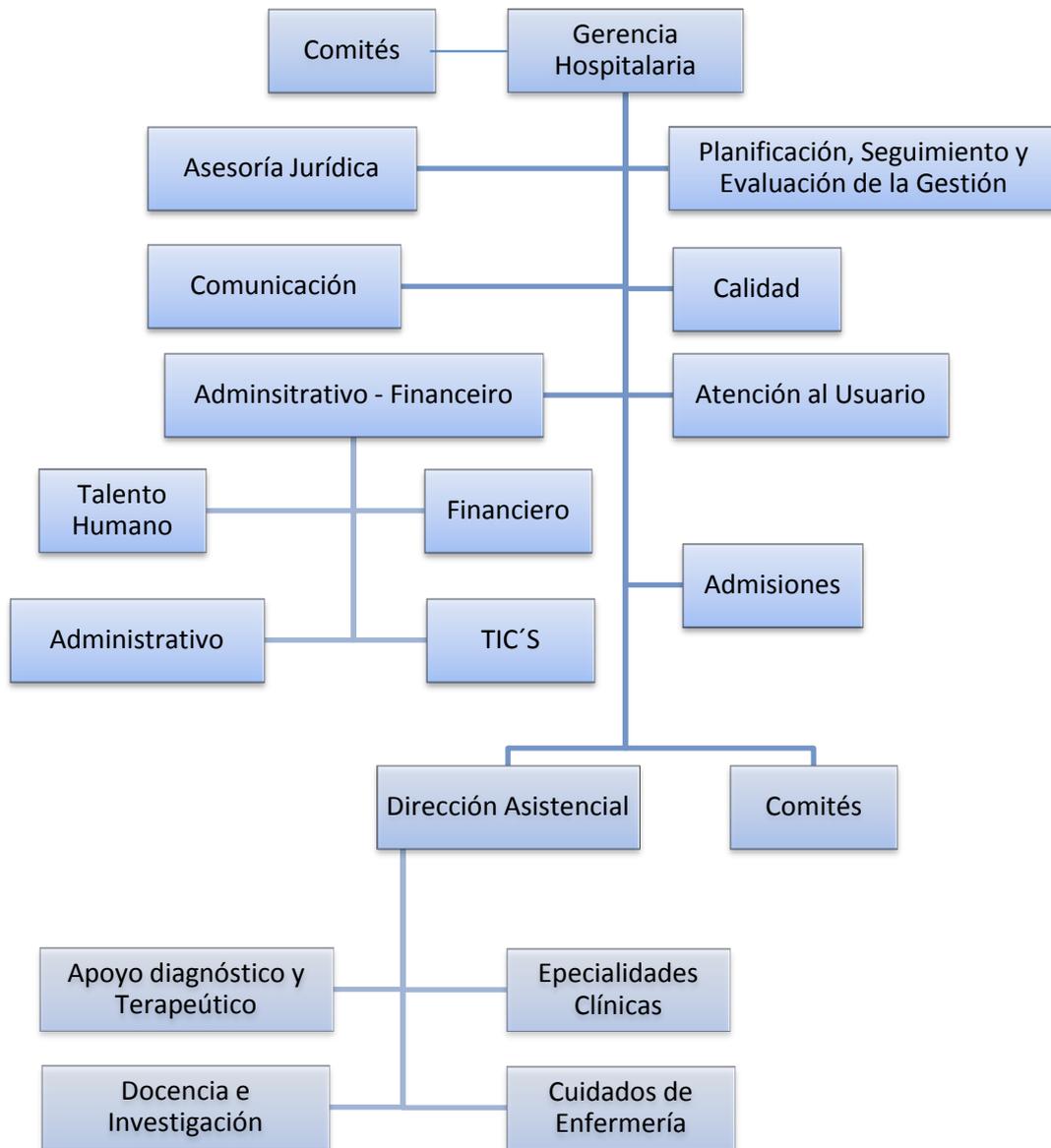
1.4.8. Valores

- Atención de calidad.
- Responsabilidad social.
- Ética.
- Compromiso con la comunidad.
- Capacitación permanente del recurso humano.
- Conocimientos actualizados.
- Solidaridad.

1.5. Estructura Orgánica

La estructura orgánica del hospital se ha modificado, pues desde muchos años atrás, causaba interferencias en la cadena de mando y ejecución de tareas. Antes la dirección contralaba todo y no contaba con políticas propias que generaban optimización y manejo efectivo de los recursos, por lo que el Ministerio de Salud Pública creó el ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, el cual define la estructura orgánica de la siguiente manera:

Ilustración N°1 Estructura Orgánica Hospitales Generales



Fuente: Acuerdo Ministerial: N° 1537. (2011) Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales

1.6. Estructura Orgánica Descriptiva

Dentro de la nueva estructura orgánica por procesos fomentada por el Ministerio de Salud Pública, se desarrolló un estudio descriptivo con el propósito de narrar cómo los diferentes procesos de dicha estructura han facilitado el correcto desenvolvimiento de las actividades del Hospital, mediante esta estructura descriptiva se designa la unidad responsable de cada proceso, describiendo la misión, el responsable de la ejecución, las atribuciones y responsabilidades, en las siguientes líneas se representa la estructura de los procesos de una manera general:

CAPÍTULO I. Estructura Orgánica Descriptiva.

I. PROCESO GOBERNANTE.

1.1. Direccionamiento Estratégico del Hospital.

CAPÍTULO II. PROCESOS AGREGADORES DE VALOR.

2.1. Gestión Asistencial.

2.1.1. Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas.

2.1.2. Gestión de Cuidados de Enfermería.

2.1.3. Gestión de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

CAPÍTULO III. PROCESOS HABILITANTES DE ASESORÍA.

3.1. Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión.

3.2. Gestión de Asesoría Jurídica.

3.3. Gestión de Comunicación.

3.4. Gestión de Calidad.

CAPÍTULO IV. PROCESOS HABILITANTES DE APOYO.

4.1. Gestión de Atención al Usuario.

4.2. Gestión de Admisiones.

4.3. Gestión Administrativa y Financiera.

4.3.1. Gestión de Talento Humano.

4.3.2. Gestión Financiera.

4.3.3. Gestión Administrativa.

4.3.4. Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

1.7. Estructura funcional

La estructura funcional detalla de manera minuciosa la unidad responsable de cumplir con cada proceso, especificando cada una de las atribuciones y responsabilidades de cada responsable, para el estudio del trabajo de investigación, referido a la Auditoría de Gestión del Departamento de Inventarios del HPGDR, para dicho estudio necesitamos saber de qué gestión administrativa depende el Departamento de Inventarios, a continuación se presenta el detalle del proceso a estudiar:

1.7.1. Gestión Administrativa y Financiera

Unidad Responsable: Dirección Administrativa y Financiera / Unidad Administrativa Financiera.

Misión: Dirigir, organizar y proyectar la administración de los recursos materiales, recursos financieros y talento humano del hospital con el fin de facilitar la consecución de los objetivos, planes y metas de la Institución.

Responsable: Director/a Administrativo y Financiero Coordinador/a Administrativo Financiero.

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Coordinar las actividades Administrativas, Financieras, de Talento Humano y los Servicios Generales contratados con las diferentes unidades del hospital;

- b. Asesorar en materia de Administrativa Financiera y de Talento' Humano a las diferentes actividades del Hospital;
- c. Dirigir, articular, evaluar y mejorar la gestión de las áreas a su cargo;
- d. Implementar las políticas relacionadas al ámbito de su competencia;
- e. Elaborar la proforma presupuestaria del Hospital en coordinación con la Dirección de Planificación y Control de Gestión que se somete a aprobación previa por la Comisión de Dirección;
- f. Programar y controlar las actividades administrativas del talento humano, recursos materiales, recursos económicos y financieros del Hospital, de conformidad a la ley, políticas, normas, reglamentos y .otros documentos legales pertinentes;
- g. Validar los planes, programas, proyectos y presupuestos en el ámbito de su competencia;
- h. Coordinar la contratación y administración de los contratos del hospital;
- i. Intervenir en la elaboración del Plan Operativo Anual de la institución en coordinación de todas las áreas del Hospital;
- j. Participar en los Comités y comisiones de acuerdo a las disposiciones de la Gerencia Hospitalaria;
- k. Responder ante las demandas de la Gerencia Hospitalaria.

La Dirección Administrativa Financiera se gestiona a través de las siguientes unidades:

- Unidad / Gestión de Talento Humano.
- Unidad / Gestión Financiera.
- **Unidad / Gestión Administrativa.**
- Unidad / Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

1.7.1.1. Gestión Administrativa

Unidad Responsable: Gestión / Unidad Administrativa.

Misión: Administrar con eficiencia, eficacia y efectividad los recursos materiales, suministros, bienes y servicios requeridos para la ejecución de los planes, programas, proyectos y actividades del hospital.

Productos y Servicios:

Contratación Pública

- a. Procesos precontractuales y de contratación (incluso de seguros) contemplados en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación y administración del Portal de Compras Públicas;
- b. Informes de la atención de requerimientos de las diferentes unidades del hospital;
- c. Comprobante de órdenes de pago por las adquisiciones realizadas;
- d. Plan anual de compras públicas, adquisiciones y contrataciones del hospital;
- e. Informes de compras generales;
- f. Informes de compras de medicamentos e insumos;
- g. Informe de ejecución del plan anual de adquisiciones y contrataciones de acuerdo a la ley Orgánica de Contratación Pública y su reglamento;
- h. Asesoría en la elaboración de términos de referencia para realizar los procesos de contratación;
- i. Análisis de costos y cotizaciones de bienes, servicios u obras;
- j. Solicitudes de certificaciones presupuestarias de los subprocesos pertenecientes a la Coordinación Administrativa Financiera;
- k. Verificación en la recepción de productos y servicios en coordinación con bodega y el área requirente.

Activos Fijos y Bodega

- a. Informe consolidado de custodia y uso de bienes del hospital;
- b. Reportes de ingresos, egresos y consumos de suministros, materiales y bienes de larga duración del Hospital;
- c. Inventario actualizado de los bienes muebles e inmuebles del hospital;
- d. Sistema de inventario de activos fijos y bodega del hospital;
- e. Plan anual de adquisición de bienes de larga duración para el Hospital, en coordinación con la Dirección Asistencial, unidades asistenciales y los comités respectivos;
- f. Actas de entrega-recepción de bienes;
- g. Reportes de gestión de Prótesis e Implantes;

- h. Informe de donaciones ejecutadas;
- i. Informe de administración de bodegas;
- j. Inventario de suministros y materiales;
- k. Informe de ingresos y egresos de suministros y materiales;
- l. Informe de ingresos de medicamentos, insumos y otros en coordinación con la unidad de Farmacia;
- m. Informe de ingresos y egresos de vacunas y medicamentos que requieren cadena de frío en coordinación con la unidad de Farmacia.

Mantenimiento

- a. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes muebles, inmuebles, equipos de electro medicina y vehículos a cargo del hospital;
- b. Proyecto de infraestructura y bienes de larga duración del hospital, de acuerdo con las directrices del MSP;
- c. Informes sobre la repartición y adecuaciones que se realicen en los espacios verdes, oficinas y bodegas del hospital;
- d. Informe de ejecución del mantenimiento de bienes muebles e inmuebles del hospital;
- e. Gestión energética y medio-ambiental;
- f. Sistema de control de transportes;
- g. Informe mensual de la adquisición de pasajes aéreos, reembolsos y pasajes premio;
- h. Salvoconductos y documentos que soporten la legalidad y cumplimiento del servicio de transporte prestado;
- i. Matriculas, revisión de vehículos y seguros de los vehículos del hospital;
- j. Solicitud de pago por utilización de combustible, lubricantes y compra de piezas o accesorios de vehículos;
- k. Informe consolidado de pagos de servicios básicos.

Servicios Generales

- a. Plan de gestión, incluida la asignación económica, de los servicios generales basados en la planificación previa y órdenes de trabajo requeridas por las unidades del Hospital;
- b. Plan de gestión de residuos hospitalarios;

- c.** Términos de referencia en los que se define los requerimientos técnicos, procedimientos y estándares de calidad de la prestación de los servicios generales;
- d.** Proyectos de pliegos de licitación, contratación de los servicios que cumplan los requerimientos y estándares de calidad y disponibilidad prefijados;
- e.** Informes de evaluación de la prestación de los servicios prestados por proveedores externos, para ejecutar su respectiva penalización económica en caso de incumplimiento de los estándares y disponibilidad prefijados;
- f.** Informes periódicos sobre el cumplimiento de los contratos mantenidos;
- g.** Solicitud de Pago referentes a los servicios contratados para la institución;
- h.** Sistema de información de servicios hoteleros y generales, limpieza, carpintería, electricidad, conserjería, entre otras.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO “LA AUDITORÍA DE GESTIÓN”

2.1. Generalidades de la Auditoría de Gestión

2.1.1. Evolución

En etapas muy recientes, en la medida en que los cambios tecnológicos han producido cambios en los aspectos organizativos empresariales y viceversa, la Auditoría ha penetrado en la gerencia y hoy se interrelaciona fuertemente con la administración. La Auditoría amplía su objeto de estudio y motivado por las exigencias sociales y de la tecnología en su concepción más amplia pasa a ser un elemento vital para la gerencia a través de la cual puede medir la eficacia, eficiencia y economía con lo que se proyectan los ejecutivos. (Brealey, R. y Myers, S. 1998).

A continuación veremos cómo varios autores mantienen su propio criterio, y con el pasar de los años como ha ido evolucionando:

- McKinsey James O. (1935) en el seno de la American Economic Association sentó las bases para lo que él llamó "Auditoría Administrativa", la cual, en sus palabras, consistía en "una evaluación de una empresa en todos sus aspectos, a la luz de su ambiente presente y futuro probable."
- Goetz Billy E. (1949), declara el concepto de Auditoría Administrativa, que es la encargada de descubrir y corregir errores administrativos.
- Koontz Harold y O'Donnell Cyril. (1955), también en sus Principios de Administración, proponen a la auto-auditoría, como una técnica de control del desempeño total, la cual estaría destinada a "Evaluar la posición de la empresa para determinar dónde se encuentra, hacia dónde va con los programas presentes, cuáles deberían ser sus objetivos y si se necesitan planes revisados para alcanzar estos objetivos.
- Klein Alfred y Grabinsky Nathan. (1958), interesados en la técnica, preparan el Análisis Factorial, obra en cual abordan el estudio de "las causas de una baja productividad para establecer las bases para mejorarla" a través de un método que identifica y cuantifica los factores y funciones que intervienen en la operación de una organización.

- Leonard William. (1962), incorpora los conceptos fundamentales y programas para la ejecución de la Auditoría Administrativa.
- Norbeck Edward F. (1965), da a conocer su libro Auditoría Administrativa, en donde define el concepto, contenido e instrumentos para aplicar la auditoría. Asimismo, precisa las diferencias entre la auditoría administrativa y la auditoría financiera, y desarrolla los criterios para la integración del equipo de auditores en sus diferentes modalidades.
- Lindberg Roy A. y Cohn Theodore. (1975), desarrollan el marco metodológico para instrumentar una auditoría de las operaciones que realiza una empresa.

2.1.2. Concepto de Auditoría de Gestión

Para entender el concepto de auditoría de gestión es necesario conocer los conceptos tradicionales de auditoría administrativa y auditoría operacional que fueron reemplazados por este último.

Leonard William P. (1991), presenta la siguiente definición de Auditoría administrativa:

La Auditoría administrativa puede definirse como el examen comprensivo y constructivo de la estructura organizativa de una empresa de una institución o departamento gubernamental; o de cualquier otra entidad y de sus métodos de control, medios de operación y empleo que dé a sus recursos humanos y materiales.

Rodríguez Valencia Joaquín. (1997), plantea una definición de Auditoría Operacional:

Se define como una técnica para evaluar sistemáticamente la efectividad de una función o una unidad con referencia a normas de la empresa, utilizando personal especializado en el área de estudio, con el objeto de asegurar a la administración que sus objetivos se cumplan, y determinar qué condiciones pueden mejorarse.

Los dos anteriores conceptos se los han venido aplicando como si fueran dos tipos de Auditoría distintas, pero al final resulta ser el mismo trabajo, es por ello que se unifica los dos conceptos, y se lo conceptualiza en Auditoría de Gestión.

Graig Cooper. (1994), El examen crítico, sistemático y detallado de las áreas y Controles Operacionales de un ente, realizado con independencia y utilizando técnicas específicas, con el propósito de emitir un informe profesional sobre la eficacia eficiencia y economicidad en el manejo de los recursos, para la toma de decisiones que permitan la mejora de la productividad del mismo.

2.1.3. Objetivos

El objetivo primordial de la auditoría de gestión consiste en descubrir deficiencias o irregularidades en algunas de las partes de la empresa y apuntar sus probables remedios. La finalidad es ayudar a la dirección a lograr la administración más eficaz. Su intención es examinar y valorar los métodos y desempeño en todas las áreas. Los factores de la evaluación abarcan el panorama económico, la adecuada utilización de personal y equipo y los sistemas de funcionamiento satisfactorios. Hevia, E. (1989).

La responsabilidad del auditor consiste en ayudar y respaldar a la dirección en la determinación de las áreas en que pueda llevarse a cabo valiosas economías e implantarse mejores técnicas administrativas. Enseguida de una investigación definida y donde quieran que surjan aspectos o circunstancias susceptibles de remedio o mejoría, es obligación del auditor examinar con mirada crítica y valorar toda solución que parezca conveniente. Hevia, E. (1989).

La revisión de los métodos y desempeños administrativos, comprende un examen de los objetivos, políticas, procedimientos, delegación de responsabilidades, normas y realizaciones. La eficiencia operativa de la función o área sometida a estudio, puede determinarse mediante una comparación de las condiciones vigentes, con las requeridas por los planes, políticas etc. Hevia, E. (1989).

2.1.4. Importancia

La Auditoría de Gestión pasa a ser hoy por hoy un elemento vital para la gerencia, permitiéndole conocer a los ejecutivos qué tan bien resuelven los problemas económicos, sociales y ecológicos que a este nivel se presentan generando en la empresa un saludable dinamismo que la conduce exitosamente hacia las metas propuestas. Trigueros, J.A. (1996).

Esta auditoría está muy relacionada con las características estructurales y funcionales del objeto de estudio, por lo que su ejecución requiere de una guía que se adapte a las condiciones existentes y que, sin limitar la independencia y creatividad del auditor, le permita lograr una sistematicidad y orden que le haga obtener los mejores resultados en el período más breve posible. Trigueros, J.A. (1996).

2.1.5. Alcance

La auditoría de gestión puede ser de una función específica, un departamento o grupo de departamentos, una división o grupo de divisiones o de la empresa en su totalidad. Algunas auditorías abarcan una combinación de dos o más áreas.

Por ejemplo, en el estudio del procedimiento de pedidos recibidos por el departamento de ventas, la investigación puede incluir en dicho departamento las diversas rutinas observadas para el procesamiento o trámite de la papelería y en el departamento de contabilidad, el procedimiento y cualidades del personal que aprueba el crédito del cliente.

El campo de estudio puede abarcar la economía de la producción, incluyendo elementos tales como: especialización, simplificación, estandarización, diversificación, expansión, contracción e integración; también podría incluir los factores de producción.

Por otra parte como en las áreas de examen entre otras, podrían comprender un estudio y evaluación de los métodos para pronosticar: programación del producto, costos de proyectos de ingeniería, estimación de los precios, comunicaciones, equipos y aplicaciones del procesamiento de datos, eficiencia administrativa, etc. De Backer, P. (1994).

2.2. Normatividad de la Auditoría de Gestión

Para la sustentación de un trabajo de Auditoría de Gestión se necesita las bases normativas que regulan y que dan los indicios de la ejecución del trabajo; en los cuales se establece un marco conceptual y una serie de normas cuyo objetivo es asegurar valores, cantidades y características mínimas o máximas en el diseño de la Auditoría.

El marco normativo que rige a la Auditoría de Gestión se basa en las siguientes normas o principios:

2.2.1. Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

Las Declaraciones de Normas de Auditoría o SAS (Statements on Auditing Standards) son interpretaciones de las normas de auditoría generalmente aceptadas que tienen obligatoriedad para los socios del American Institute of Certified Public Accountants AICPA, pero se han convertido en estándar internacional, especialmente en nuestro continente. Las Declaraciones de Normas de Auditoría son emitidas por la Junta de Normas de Auditoría (Auditing Standard Board ASB).

Las diez normas de auditoría generalmente aceptadas son demasiado generales para proporcionar directrices importantes, por lo que los auditores toman las SAS, interpretan las diez normas de auditoría generalmente aceptadas y son las referencias más autorizadas que tienen a su disposición los auditores. Estas interpretaciones les otorgan la categoría GAAS y a menudo se denominan normas de auditoría o GAAS, aunque no forman parte de las diez normas de auditoría generalmente aceptadas. En este texto se adopta la práctica común y se hace referencia a las interpretaciones como normas de auditoría o SAS.

Todas las SAS reciben dos números de clasificación: un número de SAS y otro de AU que indican su localización en el Código de Normas de Auditoría. Ambos sistemas de clasificación se usan en la práctica. Por ejemplo, la Declaración de Normas de Auditoría conocida como La relación de las normas de auditoría generalmente aceptadas con las normas de control de calidad, corresponde a SAS 25 y a AU 161. El número de SAS indica el orden en que se publicó en relación con otras SAS; el número de AU identifica su localización en la codificación AICPA de todas las SAS. Por ejemplo, las AU comienzan con “2” y siempre son interpretaciones de las normas generales. Las que empiezan con “3” se relacionan con las normas de trabajo en campo y las que empiezan con “4”, “5” o “6” se refieren a las normas para informes.

A pesar de que las GAAS y las SAS son directrices de auditoría autorizadas para los profesionales, proporcionan menos indicaciones a los auditores de los que

podría suponerse. Casi no existen procedimientos específicos de auditoría que exijan la aplicación de las normas; y el tamaño de una muestra, la selección de elementos de una población para población para prueba o la evaluación de resultados. Muchos profesionales creen que las normas deben proporcionar directrices definidas para determinar la amplitud de la evidencia acumulada. Tal especificidad eliminaría algunas decisiones difíciles y proporcionaría un argumento de defensa para los despachos de CPC a los que se les culpe de realizar una auditoría incorrecta. Sin embargo, algunos requisitos específicos sumamente importantes podrían convertir la Auditoría en una recopilación mecánica de evidencia, carente de juicio profesional. Desde el punto de vista de la profesión como de los usuarios de los servicios de auditoría, el daño probable sería mayor si se definen directrices autorizadas demasiado específicas que si se define de manera demasiado amplia.

Los profesionales deberían considerar las GAAS y SAS como normas mínimas de desarrollo más que normas o ideales máximos. Cualquier auditor profesional que trate de encontrar un medio para reducir el alcance de la Auditoría con base solo de las normas, en lugar de evaluar la importancia de la situación, violentaría el espíritu de las normas, al mismo tiempo, la existencia de normas de auditoría no significa que el auditor deba seguirlas siempre a ciegas. Si cree que la aplicación de una norma es impráctica o imposible de realizar, se justifica si emprende una acción alternativa. De forma similar, si el asunto en cuestión es poco importante en cantidad, tampoco es necesario seguir la norma. Sin embargo, la responsabilidad de justificar la desviación de las normas recae en el auditor.

Cuando los auditores desean directrices más específicas, debe recurrir a fuentes por el AICPA, como el Journal of Accountancy y las guías de auditoría, son útiles para proporcionar ayuda en cuestiones específicas.

Estas normas si bien están dirigidas a las Auditorías de los estados financieros, también rigen a las Auditorías administrativas como son el caso de las nías: 200 Responsabilidades; 300 Planeación; 400 Control Interno; 500 Evidencia de Auditoría; 600 Uso del Trabajo de otros; y 700 Conclusiones y dictamen de la Auditoría.

200 Responsabilidades

210 Cartas para el acuerdo de los términos sobre un trabajo de auditoría (NIA 2)

Esta norma proporciona pautas para la preparación de la carta de contratación, en la cual el auditor documenta y confirma la aceptación de un trabajo, el objetivo y alcance de la auditoría, el grado de su responsabilidad ante el cliente y el formato del informe a ser emitido. Si bien esta norma no requiere explícitamente que el auditor obtenga una carta de contratación, proporciona una orientación con respecto a su preparación de tal manera que se presume su uso.

220 Control de calidad del trabajo de auditoría (NIA 7)

Esta norma trata sobre el control de calidad que se relaciona con el trabajo delegado a un equipo de trabajo y con las políticas y procedimientos adoptados por un profesional para asegurar en forma razonable que todas las auditorías efectuadas están de acuerdo con los principios básicos que regulan la auditoría.

230 Documentación (NIA 9)

Esta norma define “documentación” como los papeles de trabajo preparados u obtenidos por el auditor y conservados por él para ayudar a la planificación, realización, supervisión procedimientos brindan la evidencia de auditoría más confiable con respecto a ciertas afirmaciones.

300 Planeación (NIA 4)

Esta norma establece que el auditor debe documentar por escrito su plan general y un programa de auditoría que defina los procedimientos necesarios para implantar dicho plan.

310 Conocimiento del negocio (NIA 30)

El propósito de esta norma es determinar qué se entiende por conocimiento del negocio, por qué es importante para el auditor y para el equipo de auditoría que trabajan en una asignación, por qué es relevante para todas las fases de una auditoría y cómo el auditor obtiene y utiliza ese conocimiento.

320 La importancia relativa de la auditoría (NIA 25)

Esta norma se refiere a la interrelación entre la significatividad y el riesgo en el proceso de auditoría. Identifica tres componentes distintos del riesgo de auditoría: riesgo inherente, riesgo de control y riesgo de detección. Tomando conciencia de la relación entre

significatividad y riesgo, el auditor puede modificar sus procedimientos para mantener el riesgo de auditoría en un nivel aceptable.

400 Control Interno (NIA 6)

El propósito de esta norma es proporcionar pautas referidas a la obtención de una comprensión y prueba del sistema de control interno, la evaluación del riesgo inherente y de control y la utilización de estas evaluaciones para diseñar procedimientos sustantivos que el auditor utilizará para reducir el riesgo de detección a niveles aceptables.

402 Consideraciones de auditoría en entidades que utilizan organizaciones prestadoras de servicios (Adendum 2 a NIA 6) Esta norma establece que el auditor debe obtener una comprensión adecuada de los sistemas contables y el control interno para planificar la auditoría y desarrollar un enfoque de auditoría efectivo. La entidad emisora de los estados financieros puede contratar los servicios de una organización que, por ejemplo, ejecuta transacciones y lleva la contabilidad o registro de las transacciones, y procesa los datos correspondientes. El auditor debe considerar de qué manera una organización prestadora de servicios afecta los sistemas contables y el control interno del cliente.

500 Evidencia de Auditoría (NIA 8)

El propósito de esta norma es ampliar el principio básico relacionado con la evidencia de auditoría suficiente y adecuada que debe obtener el auditor para poder arribar a conclusiones razonables en las que basar su opinión con respecto a la información financiera y los métodos para obtener dicha evidencia.

501 Evidencia de auditoría - Consideraciones adicionales para partidas específicas. El propósito de esta norma es proporcionar pautas relacionadas con la obtención de evidencia de auditoría a través de la observación de inventarios, confirmación de cuentas a cobrar e indagación referida a acciones judiciales, ya que en general se considera que estos financieros y los servicios de auditoría y relacionados.

520 Procedimientos analíticos (NIA 12) Esta norma proporciona pautas detalladas con respecto a la naturaleza, objetivos y oportunidad de los procedimientos de

revisión analítica. El término “procedimiento de revisión analítica” se utiliza para describir el análisis de las relaciones y tendencias, que incluyen la investigación resultante de la variación inusual de los ítems.

530 Muestreo de auditoría (NIA 19) Esta norma identifica los factores que el auditor debe tener en cuenta al elaborar y seleccionar su muestra de auditoría y al evaluar los resultados de dichos procedimientos. Se aplica tanto para el muestreo estadístico como para el no estadístico.

600 Uso del Trabajo de Otros (NIA 5)

Esta norma requiere que el auditor principal documente en sus papeles de trabajo los componentes examinados por otros auditores, su significatividad con respecto al conjunto, los nombres de otros auditores, los procedimientos aplicados y las conclusiones alcanzadas por el autor principal con respecto a dichos componentes. Requiere también que el auditor efectúe ciertos procedimientos además de informar al otro auditor sobre la confianza que depositará en la información entregada por él.

610 Uso del trabajo de auditoría interna (NIA 10) Esta norma proporciona pautas detalladas con respecto a qué procedimientos deben ser considerados por el auditor externo para evaluar el trabajo de un auditor interno con el fin de utilizar dicho trabajo.

620 Uso del trabajo de un experto (NIA 18) El propósito de esta norma es proporcionar pautas con respecto a la responsabilidad del auditor y los procedimientos que debe aplicar con relación a la utilización del trabajo de un especialista como evidencia de auditoría. Cubre la determinación de la necesidad de utilizar el trabajo de un especialista, las destrezas y competencia necesaria, la evaluación de su trabajo y la referencia al especialista en el informe del auditor.

700 Dictamen del Auditor sobre los Estados Financieros (NIA13)

El propósito de esta norma es proporcionar pautas a los auditores con respecto a la forma y contenido del informe del auditor en relación con la auditoría independiente de los estados financieros de cualquier entidad. Cubre los

elementos básicos del informe del auditor, describe los distintos tipos de informes e incluye ejemplos de cada uno de ellos. Para el caso de la auditoría de gestión se toma únicamente el modelo.

2.2.2. Normas de auditoría generalmente aceptadas

Las normas de auditoría son directrices generales que ayudan a los auditores a cumplir con sus responsabilidades profesionales en la Auditoría de estados financieros históricos. Ello incluye la consideración de capacidades profesionales como lo son la competencia y la independencia, los requisitos de informes y la evidencia.

Las directrices más amplias disponibles son las 10 NORMAS DE AUDITORÍA GENERALMENTE ACEPTADAS, fueron elaboradas por el AICPA en 1947 y han sufrido cambios mínimos desde que fueron emitidas. Estas normas, como se detalla en la Tabla N°1, no son suficientemente específicas para proporcionar alguna guía significativa para los profesionales, pero si representan un marco de referencia con base en el cual el AICPA puede realizar interpretaciones.

Tabla 1 Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas

NORMAS GENERALES

- 1. La auditoría debe ser realizada por una persona o personas que cuenten con la capacidad técnica adecuada y la competencia de un auditor.
- 2. En todos los asuntos relativos a un contrato, el o los auditores deben conservar una actitud mental independiente.
- 3. Debe tenerse cuidado profesional en el desempeño y planeación de la auditoría y en la preparación del informe.

NORMAS SOBRE EL TRABAJO DE CAMPO

- 1. El trabajo debe ser planeado adecuadamente y los asistentes, si se cuenta con ellos, deben ser supervisados de forma adecuada.
- 2. Debe conocerse de manera detallada el control interno a fin de planear la auditoría y determinar la naturaleza, duración y extensión de las pruebas que se desarrollarán.
- 3. Se debe obtener suficiente evidencia mediante inspección, observación, consultas y confirmaciones para tener una base razonable para emitir una opinión con respecto a los estados financieros que se auditan.

NORMAS SOBRE INFORMACION

- 1. El informe debe manifestar si los estados financieros se presentan de conformidad con las normas de información financiera aplicables.
- 2. En el Informe se deben identificar aquellas circunstancias en las que no se hayan observado los principios de la menor discrepancia más coherente en el periodo actual en relación con el periodo anterior.
- 3. Las revelaciones informativas en los estados financieros, deben considerarse razonablemente adecuadas a no ser que se indique otra cosa en el informe.
- 4. El informe debe contener una opinión de los estados financieros, en su totalidad, o alguna indicación de que no pueda emitirse una opinión. Cuando esto último suceda, las razones deben manifestarse. En todos los casos en los que se asocie el nombre del auditor con los estados financieros, el informe debe incluir una indicación clara de la naturaleza del trabajo del mismo, si procede, y del grado de responsabilidad que asume.

Fuente: Arens, Alvin A.; Randal J. Elder; Mark S. Beasley (2007) Auditoría un Enfoque Integral, Decimoprimer edición, México.

En otras palabras, aunque la Ley no plantea una definición propiamente dicha, se puede afirmar que las Normas de Auditoría de General Aceptación (NAGA) se consideran como el conjunto de cualidades personales y requisitos profesionales que debe poseer el Contador Público y todos aquellos procedimientos técnicos que debe observar al realizar su trabajo de Auditoría y al emitir su dictamen o informe, para brindarles y garantizarle a los usuarios del mismo un trabajo de calidad.

Las 10 normas de auditoría generalmente aceptadas se resumen en tres categorías:

2.2.2.1. Normas Generales o Personales

Capacitación técnica adecuada y competencia.- la primera norma general es normalmente interpretada como la exigencia de que el auditor debe tener educación formal en Auditoría y contabilidad, experiencia práctica adecuada para la realización del trabajo y educación profesional continua. Casos recientes en el corte demuestran que los auditores deben ser técnicamente calificados y contar con experiencia en aquellas industrias en las que el cliente auditado opere.

En cualquier caso en el que CPC o sus asistentes no estén preparados para realizar el trabajo, surge la obligación profesional de adquirir los conocimientos y habilidades requeridas, sugerir a otra persona que esté preparada para realizar o rechazar el contrato.

Actitud mental independiente.- el código de conducta profesional y las SAS hace hincapié en la necesidad de independencia. Se requiere que los despachos de CPC apliquen ciertos procedimientos a fin de aumentar la posibilidad de independencia de todo su personal, ejemplo, existen algunos procedimientos establecidos para las Auditoría más grandes donde existe controversia entre la administración y los auditores.

Debido cuidado profesional.- la tercera norma general implica el debido cuidado en la realización en todos los aspectos de la Auditoría. Es decir, significa que el auditor es un profesional responsable de cumplir con sus deberes en forma diligente y cuidadosa. El debido cuidado incluye considerar la integridad de los documentos de auditoría, la suficiencia de las pruebas obtenidas y la oportunidad del informe de auditoría. Como profesionales, los auditores deben evitar la negligencia y la mala fe, pero no se esperan que sea infalible.

2.2.2.2. Normas de Ejecución del Trabajo

Las normas sobre el trabajo de campo se refieren a la acumulación y otras actividades cuando se lleva a cabo la Auditoría.

Planeación y supervisión adecuadas.- La primera norma se refiere al hecho de determinar que la Auditoría está suficientemente planeada para asegurar un resultado adecuado y una apropiada supervisión de asistentes. La supervisión es esencial en la Auditoría porque una parte considerable del trabajo de campo lo realiza el personal menos experimentado.

Comprensión del control interno- Uno de los conceptos que se aceptan más en la teoría y práctica de la auditoría es la importancia de la estructura del control interno del cliente para salvaguardar los activos, registros y generar información financiera contable. Si el auditor está convencido de que el cliente tiene un excelente sistema de control interno, que incluye sistemas adecuados para proporcionar información contable, la cantidad de evidencia de auditoría que debe acumularse puede ser significativamente menor que cuando existen controles que no son adecuados. En algunos casos el control interno puede ser tan inadecuado que evita realizar una auditoría eficaz.

Evidencia suficiente y competente.- Las decisiones sobre cuánto y que tipos de evidencia deben recopilarse en determinadas circunstancias requieren criterio profesional.

2.2.2.3. Normas de Preparación del Informe

Las cuatro normas sobre informes requieren que el auditor prepare un reporte sobre los estados financieros considerados en su conjunto, que incluya la revelación informativa. Además, estas normas requieren que el informe se indique si los estados se presentan conforme a los GAAP y también identifican cualesquiera circunstancias en los que estos principios no se hayan aplicado en el año actual en comparación con el anterior.

Debido a que el PCAOB establece normas de auditoría para compañías públicas, el término normas de auditoría generalmente aceptadas no es utilizado en Auditorías de este tipo de empresas. Este término continúan utilizándolo auditores de compañías privadas, mientras que en las públicas se refieren a las normas de auditoría de PCAOB. Cuando este texto menciona “normas de auditoría”, incluye a las GAAS para compañías privadas y las normas del PCAOB adopto las GAAS como normas de auditoría internas, las normas aún se aplican a los auditores de

compañías públicas a menos que se cambien por las normas de auditoría del PCAOB.

Tabla 2 Resumen de las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas.



Fuente: Arens, Alvin A.; Randal J. Elder; Mark S. Beasley (2007) Auditoría un Enfoque Integral, Decimoprimer edición, México.

2.2.3. Normas de Control Interno – Contraloría General del Estado

100 CONTROL INTERNO

El control interno será responsabilidad de cada institución del Estado y de las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos y tendrá como finalidad crear las condiciones para el ejercicio del control. El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad razonable para el logro de

los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento. El control interno está orientado a cumplir con el ordenamiento jurídico, técnico y administrativo, promover eficiencia y eficacia de las operaciones de la entidad y garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información, así como la adopción de medidas oportunas para corregir las deficiencias de control.

200 AMBIENTE DE CONTROL

El ambiente o entorno de control es el conjunto de circunstancias y conductas que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno. Es fundamentalmente la consecuencia de la actitud asumida por la alta dirección y por el resto de las servidoras y servidores, con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades y resultados. El ambiente de control define el establecimiento de un entorno organizacional favorable al ejercicio de prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas, para sensibilizar a los miembros de la entidad y generar una cultura de control interno. Un ambiente propicio para el control, estimula e influencia las tareas del personal con respecto al control de sus actividades. En este contexto, el personal es la esencia de cualquier entidad, al igual que sus atributos individuales como la integridad y valores éticos y el ambiente donde operan, constituyen el motor que la conduce y la base que soporta el sistema.

El ambiente de control tiene gran influencia en la forma en que se desarrollan las operaciones y actividades, se establecen los objetivos y determinan la probabilidad de ocurrencia de los riesgos. Igualmente tiene relación con el comportamiento de los sistemas de información y con las actividades de monitoreo. La máxima autoridad, en su calidad de responsable por el sistema de control interno, deberá mostrar constantemente una actitud de apoyo a las medidas de control implantadas en la institución, mediante la divulgación de éstas y un ejemplo continuo de apego a ellas en el desarrollo de las labores habituales. La máxima autoridad de cada entidad establecerá en forma clara y por escrito las líneas de conducta y las medidas de control para alcanzar los objetivos de la

institución de acuerdo con las disposiciones y los lineamientos del gobierno y demás organismos, para lo cual mantendrá un ambiente de confianza basado en la seguridad, integridad y competencia de las personas; de honestidad y de respaldo hacia el control interno; así como, garantizará el uso eficiente de los recursos y protegerá el medio ambiente.

- 200-01 Integridad y valores éticos.
- 200-02 Administración estratégica.
- 200-03 Políticas y prácticas de talento humano.
- 200-04 Estructura organizativa.
- 200-05 Delegación de autoridad.
- 200-06 Competencia Profesional.
- 200-07 Coordinación de acciones organizacionales.
- 200-08 Adhesión a las políticas institucionales.
- 200-09 Unidad de Auditoría Interna.

300 EVALUACIÓN DEL RIESGO

La máxima autoridad establecerá los mecanismos necesarios para identificar, analizar y tratar los riesgos a los que está expuesta la organización para el logro de sus objetivos. El riesgo es la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado que podría perjudicar o afectar adversamente a la entidad o su entorno. La máxima autoridad, el nivel directivo y todo el personal de la entidad serán responsables de efectuar el proceso de administración de riesgos, que implica la metodología, estrategias, técnicas y procedimientos, a través de los cuales las unidades administrativas identificarán, analizarán y tratarán los potenciales eventos que pudieran afectar la ejecución de sus procesos y el logro de sus objetivos.

- 300-01 Identificación de riesgos.
- 300-02 Plan de mitigación de riesgos.
- 300-03 Valoración de los riesgos.
- 300-04 Respuesta al riesgo.

400 ACTIVIDADES DE CONTROL

La máxima autoridad de la entidad y las servidoras y servidores responsables del control interno de acuerdo a sus competencias, establecerán políticas y procedimientos para manejar los riesgos en la consecución de los objetivos institucionales, proteger y conservar los activos y establecer los controles de acceso a los sistemas de información.

Las actividades de control se dan en toda la organización, en todos los niveles y en todas las funciones. Incluyen una diversidad de acciones de control de detección y prevención, tales como: separación de funciones incompatibles, procedimientos de aprobación y autorización, verificaciones, controles sobre el acceso a recursos y archivos, revisión del desempeño de operaciones, segregación de responsabilidades de autorización, ejecución, registro y comprobación de transacciones, revisión de procesos y acciones correctivas cuando se detectan desviaciones e incumplimientos.

Para ser efectivas, las actividades de control deben ser apropiadas, funcionar consistentemente de acuerdo a un plan a lo largo de un período y estar relacionadas directamente con los objetivos de la entidad.

La implantación de cualquier actividad o procedimiento de control debe ser precedido por un análisis de costo/beneficio para determinar su viabilidad, conveniencia y contribución en relación con el logro de los objetivos, es decir, se deberá considerar como premisa básica que el costo de establecer un control no supere el beneficio que pueda obtener.

- 401 Generales.
- 402 Administración Financiera- PRESUPUESTO.
- 403 Administración Financiera- TESORERÍA.
- 404 Administración Financiera- DEUDA PÚBLICA.
- 405 Administración Financiera- CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL.
- 406 Administración Financiera- ADMINISTRACIÓN DE BIENES.
- 407 Administración del Talento Humano.

- 408 Administración de proyectos.
- 409 Gestión Ambiental.
- 410 Tecnología de la Información.

500 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La máxima autoridad y los directivos de la entidad, deben identificar, capturar y comunicar información pertinente y con la oportunidad que facilite a las servidoras y servidores cumplir sus responsabilidades.

El sistema de información y comunicación, está constituido por los métodos establecidos para registrar, procesar, resumir e informar sobre las operaciones técnicas, administrativas y financieras de una entidad.

La calidad de la información que brinda el sistema facilita a la máxima autoridad adoptar decisiones adecuadas que permitan controlar las actividades de la entidad y preparar información confiable. El sistema de información permite a la máxima autoridad evaluar los resultados de su gestión en la entidad versus los objetivos predefinidos, es decir, busca obtener información sobre su nivel de desempeño.

La comunicación es la transmisión de información facilitando que las servidoras y servidores puedan cumplir sus responsabilidades de operación, información financiera y de cumplimiento. Los sistemas de información y comunicación que se diseñen e implanten deberán concordar con los planes estratégicos y operativos, debiendo ajustarse a sus características y necesidades y al ordenamiento jurídico vigente.

La obtención de información interna y externa, facilita a la alta dirección preparar los informes necesarios en relación con los objetivos establecidos. El suministro de información a los usuarios, con detalle suficiente y en el momento preciso, permitirá cumplir con sus responsabilidades de manera eficiente y eficaz.

- 500-01 Controles sobre sistemas de información.
- 500-02 Canales de comunicación abiertos.

600 SEGUIMIENTO

La máxima autoridad y los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de seguimiento continuo, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas para asegurar la eficacia del sistema de control interno. Seguimiento es el proceso que evalúa la calidad del funcionamiento del control interno en el tiempo y permite al sistema reaccionar en forma dinámica, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran. Se orientará a la identificación de controles débiles o insuficientes para promover su reforzamiento, así como asegurar que las medidas producto de los hallazgos de auditoría y los resultados de otras revisiones, se atiendan de manera efectiva y con prontitud. El seguimiento se efectúa en forma continua durante la realización de las actividades diarias en los distintos niveles de la entidad y a través de evaluaciones periódicas para enfocar directamente la efectividad de los controles en un tiempo determinado, también puede efectuarse mediante la combinación de las dos modalidades.

- 600-01 Seguimiento continuo o en operación.
- 600-02 Evaluaciones periódicas.

2.3. Tipos de Riesgos

Los resultados de la auditoría pueden no estar exentos de errores y omisiones de importantes significación que influyan en la evaluación a expresar por el auditor en su informe, por lo que resulta necesario conocer los riesgos latentes en este proceso, que al igual que la auditoría financiera son:

2.3.1. Riesgo Inherente

“El riesgo Inherente afecta directamente la cantidad de evidencia de auditoría necesaria para obtener la satisfacción de auditoría suficiente para validar una afirmación. Esta cantidad puede estar presentada tanto en el alcance de cada prueba en particular como en la cantidad de pruebas necesarias”. Maldonado Milton, (2006).

“El auditor debería obtener una comprensión de los procedimientos de control suficiente para desarrollar el plan de auditoría. Al obtener esta comprensión el auditor consideraría el conocimiento sobre la presencia o ausencia de

procedimientos de control obtenido de la comprensión del ambiente de control y del sistema de contabilidad para determinar si es necesaria alguna comprensión adicional sobre los procedimientos de control”. Normas Internacionales de Auditoría, (p.45).

2.3.2. Riesgo De Control

El riesgo de control, es el riesgo de que los sistemas de control estén incapacitados para detectar o evitar errores o irregularidades significativas en forma oportuna.

Es aquel que afecte a los procesos de control y que evite detectar irregularidades significativas de importancia relativa.

2.3.3. Riesgo de Detección

El riesgo de detección es el riesgo de que los procedimientos de auditoría seleccionados no detecten errores o irregularidades existentes en los estados contables. Maldonado Milton, (2006).

Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detecten deficiencias en el Sistema de Control Interno Este riesgo 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.

2.4. Las 3 E

El Acuerdo N° 47 –CG- 20011 publicado en el registro oficial el 2 de diciembre del 2011, expedido por el Contralor General del Estado Dr. Carlos Pólit Faggioni, establece la Guía Metodológica para Auditoría de Gestión, en la cual define las 3 E de la siguiente manera:

2.4.1. Eficacia o Efectividad

En una concepción general, la eficacia o efectividad, consiste en lograr o alcanzar los objetivos propuestos, las metas programadas, o los resultados deseados.

Es fundamental por lo tanto, que la organización cuente con una planificación detallada, con sistemas de información e instrumentos que permitan conocer en forma confiable y oportuna la situación en un momento determinado y los desvíos respecto a las metas proyectadas, para que se pueda medir el grado de eficacia.

Metas Mensurables

Las metas mensurables son aquellas que se pueden cuantificar fácilmente y que se lograrán en un periodo dado; así por ejemplo: cantidad de pacientes a atender, cantidad de cursos a dictar, cantidad de ventas, etc., dependiendo de la actividad de la entidad u organismo bajo examen. Este tipo de metas debe estar claramente señalado en la programación operativa anual de la entidad o en sus presupuestos programáticos.

Metas Cualitativas

Son metas que generalmente tienen una alta carga de subjetividad por lo que son difíciles de cuantificar. Este tipo de metas están ligadas a los objetivos estratégicos de la entidad.

2.4.2. Eficiencia

El concepto de eficiencia, se refiere al óptimo aprovechamiento de los recursos para el logro de objetivos, considerando la calidad y el tiempo asignado; se obtiene comparando el monto de recursos consumidos frente a bienes o servicios producidos; es la medición del desempeño.

Por tal razón, la auditoría de gestión concibe a la eficiencia bajo un criterio integral, al relacionar la productividad de las operaciones o actividades, con un estándar de desempeño o con una medida o criterio de comparación.

La eficiencia relaciona los siguientes términos:

Productividad y Rentabilidad

Por productividad se entiende la relación entre el monto de los bienes o servicios producidos y el monto de los recursos utilizados en su producción. La rentabilidad es la capacidad que tienen los capitales propios o ajenos invertidos en una

empresa o entidad, de generar una renta o utilidad a favor de las mismas, u optimizar los servicios.

Un ejemplo de rentabilidad en el sector público, podría ser: la capacidad de cada entidad para retribuir con servicios de calidad, los impuestos que pagan los contribuyentes.

Estándares de Desempeño o Medidas de Comparación

Otros de los elementos requeridos por la auditoría de gestión, en materia de eficiencia, es la necesidad de identificar o establecer estándares de desempeño, o medidas de comparación, contra los cuales confrontar la relación entre las metas logradas, eficacia o efectividad y los costos invertidos para lograrlas, economía.

Estos estándares o medidas, pueden ser los indicadores de gestión determinados en la planificación de una entidad que deben lograrse en el futuro; también pueden ser los índices históricos o sea aquellos establecidos por la entidad sobre la base de hechos sucedidos en el pasado.

En la auditoría de gestión se han adoptado indicadores de gestión o estándares para la evaluación de la eficiencia, como por ejemplo:

- De producción de bienes o servicios (cantidad, calidad, tiempo y costo);
- De trabajo realizado en un periodo determinado;
- De costo por unidad de bien o servicio producido.

2.4.3. Economía

La economía, consiste en reducir al mínimo el costo de los recursos utilizados para realizar un sistema, un programa, un proyecto, un proceso o una actividad, con la calidad requerida; mide si los resultados se están obteniendo a los costos más bajos posibles o planificados; se determina, comparando el costo real de las actividades realizadas frente al costo establecido presupuestariamente.

Desde el punto de vista de la auditoría de gestión, el desarrollo de las operaciones tendientes a alcanzar objetivos, metas o resultados se debe lograr al

costo mínimo posible; por lo tanto, la economía debe visualizarse en función de dichos objetivos o metas.

2.5. Evidencia

La evidencia de auditoría es cualquier información que utiliza el auditor para determinar si la información cuantitativa o cualitativa que se está auditando, se presenta de acuerdo al criterio establecido. Termes Angles, F. (1991). Entre los tipos de evidencias se encuentran:

- **Evidencia física:** Se obtiene mediante inspección u observación directa de las actividades, bienes y/o sucesos. La evidencia de esa naturaleza puede presentarse en forma de memorandos (donde se resuman los resultados de la inspección o de otra observación), fotografías, gráficas, mapas o muestras materiales.
- **Evidencia Documental:** Consiste en información elaborada, como la contenida en cartas, contratos, registros de contabilidad, facturas y documentos de administración relacionados con su desempeño.
- **Evidencia Testimonial:** Se obtiene de otras personas en forma de declaraciones hechas en el curso de investigaciones o entrevistas. Las declaraciones que sean importantes para la auditoría deberán corroborarse siempre que sea posible mediante evidencia adicional. También será necesario evaluar la evidencia testimonial para cerciorarse que los informantes no hayan estado influidos por prejuicios o tuvieran sólo un conocimiento parcial del área auditada.
- **Evidencia Analítica:** Comprende cálculos, comparaciones, razonamiento y separación de información en sus componentes.

La evidencia además debe cumplir con cuatro atributos para caracterizarse en útil y válida y son:

- Competente, si es que guarda relación con el alcance de la auditoría y además es creíble y confiable.
- Suficiente, es decir que si el alcance de las pruebas es adecuado. Solo una evidencia encontrada, podría ser no suficiente para demostrar un hecho.
- Relevante, es decir que sirva para los fines de la auditoría en ejecución.

- Pertinente, cuando el hecho se relaciona con el objetivo de la auditoría.

Además de las cuatro características mencionadas de la evidencia, existen otras que son necesarias mencionar, porque están ligadas estrechamente con el valor que se le da a la evidencia y son: Credibilidad, Oportunidad y Materialidad. Termes Angles, F. (1991).

2.6. Fases de la Auditoría de Gestión

El Acuerdo N° 47 –CG- 20011 publicado en el registro oficial el 2 de diciembre del 2011, expedido por el Contralor General del Estado Dr. Carlos Pólit Faggioni, establece la Guía Metodológica para Auditoría de Gestión, en la cual define las fases de la Auditoría de la siguiente manera:

2.6.1. Planificación

En la planeación de una auditoría de gestión se deben cumplir varias tareas: conocimiento de la entidad a través del relevamiento de información, aplicación de indicadores, evaluación de control interno, asignación del equipo de trabajo y diseño de un programa de auditoría.

Los objetivos específicos de la auditoría de gestión, identificarán los temas prioritarios a evaluar, según la especialidad del programa, área o actividad a examinarse; estarán en relación con los criterios de eficiencia y economía en el manejo de los recursos administrados, y de efectividad, legalidad e impacto en el logro de metas y objetivos.

La fase de planificación en la auditoría de gestión, comprende desde el conocimiento preliminar hasta la formulación del programa de auditoría.

Si el análisis está dirigido a un área específica, las pruebas de auditoría se concentrarán en la misma, evitando generalidades que propicien pérdida de tiempo y de recursos.

2.6.1.1. Conocimiento preliminar

Las normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, en lo relacionado con la Planificación, establecen la necesidad de identificar los elementos claves de la

administración, con el fin de evaluar la importancia de los objetivos de auditoría, por lo que, antes de iniciar una auditoría de gestión, es preciso un conocimiento general de la entidad, programa o proyecto a ser examinado.

Para tal propósito, se revisará la información del archivo permanente; así como se recopilarán datos en línea con la ayuda del internet y se realizará la visita previa a la entidad para establecer el estado de las actividades de la entidad y determinar la oportunidad de realizar la acción de control; lo que permitirá además, la designación del equipo de trabajo multidisciplinario y la elaboración de la orden de trabajo con objetivos más reales.

En el caso de una nueva acción de control a la entidad, proyecto o programa, se procederá a la actualización de la información existente, incluyendo información de los papeles de trabajo del examen anterior; a la vez que se diseñarán procedimientos, para identificar cambios importantes en la organización de la entidad, desde la última auditoría.

Con el fin de obtener un conocimiento preliminar de la entidad, se identificarán los siguientes aspectos:

- La naturaleza jurídica, objetivos institucionales, finalidad y objeto social, establecidos en la base legal de constitución.
- La misión, visión, metas y objetivos de largo, mediano y corto plazo, determinados en la planificación de la entidad.
- Las relaciones de dependencia, ambientales, jerárquicas, operativas, económicas, comerciales, sociales, societarias, gubernamentales e interinstitucionales (factores externos).
- La composición del talento humano, infraestructura, equipamiento, sistemas de información administrativa, financiera y operativa, tecnología de la información (factores internos).
- La diferenciación de las actividades generadoras de valor: medulares o de línea y las actividades de apoyo o de soporte.
- Las fuentes de financiamiento.
- Los funcionarios principales.

2.6.1.2. Planificación específica

Es el proceso de recopilación de información y de verificación de hechos, que serán la base para conocer las características fundamentales de la entidad y para la ejecución del examen.

La verificación de hechos a través de la información recopilada y mediante entrevistas a funcionarios, podrá revelar la existencia de áreas críticas, lo que se dejará constancia en los papeles de trabajo, para dar mayor atención en la ejecución del examen.

2.6.1.2.1. Recopilación y análisis de información

Una vez obtenida toda la información necesaria, se procederá a agruparla y referenciarla tomando en consideración los aspectos descritos en el título recopilación de información.

En resumen, cuando se trate de una auditoría de gestión que se realiza por primera vez en una entidad, programa o proyecto, la información que se obtendrá en esta fase, será numerosa y de gran diversidad; a diferencia de los exámenes concurrentes, en los que la información deberá actualizarse.

2.6.1.2.2. Entrevistas y visitas

Se llevará a cabo una primera entrevista con el titular de la entidad y demás directivos, con el fin de obtener información sobre los aspectos detallados anteriormente y en general sobre la organización y el contexto en que se desenvuelve, para lo cual se servirá de una ayuda memoria de los puntos a tratar en la reunión, en la que se incluirá la solicitud de colaboración de todos los niveles de la entidad.

Posteriormente, se realizarán, entrevistas con los responsables de las distintas áreas administrativas de la entidad con el fin de obtener información adicional y específica sobre las actividades propias de cada una, así como el detalle de los servidores de línea, con quienes se tratarán los temas con mayor detalle.

Es importante dejar constancia documental (ayuda memoria, solicitudes, actas, etc.) de este procedimiento, en papeles de trabajo.

Se realizarán visitas a las oficinas e instalaciones de la entidad, para conocer su ubicación y presentarse con los servidores.

Sobre la base de los productos obtenidos, se realizará el análisis de la documentación, con el fin de obtener un conocimiento integral del objeto de la entidad, comprender la actividad principal y tener los elementos necesarios para la evaluación de control interno.

2.6.1.2.3. Evaluación del sistema de control interno

La evaluación del sistema de control interno en auditoría de gestión, de conformidad a lo establecido por las normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, está dirigida a los sistemas y procedimientos vigentes para que la entidad ejecute sus actividades en forma eficiente, efectiva y económica, considerando los componentes de control interno: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y seguimiento.

La evaluación de control interno, permitirá acumular información sobre el funcionamiento de los controles existentes e identificar los asuntos que requieran profundizarse en la fase de ejecución del examen. Según sus resultados, se determinará la naturaleza y el alcance del examen y se calificarán los riesgos de auditoría: inherente, de control, de detección y otros riesgos a los que está expuesta la entidad, conforme a lo que señala la norma ecuatoriana de auditoría gubernamental PAG-06.

a) Sistema administrativo (NCI 200)

Se evaluará el proceso administrativo, verificando la existencia de un entorno organizacional favorable con líneas de conducta y medidas de control que permitan alcanzar los objetivos institucionales, con la ayuda de un cuestionario de control interno que incluya la identificación de los siguientes instrumentos:

b) Sistemas de apoyo (NCI 400)

Se evaluarán los sistemas de apoyo, identificando el establecimiento de políticas y procedimientos de control para manejar los riesgos de administración; la protección y conservación de los activos; y el establecimiento de controles de acceso a los sistemas de información.

c) Sistemas que agregan valor (NCI 300)

La evaluación de los sistemas que agregan valor o misionales, consiste en realizar pruebas de cumplimiento a las actividades de control implantadas por la entidad; valorar el plan de mitigación diseñado para prevenir los posibles eventos negativos en la consecución de objetivos, funciones o procesos; efectuar el relevamiento de los procesos; ejecutar pruebas de cumplimiento al proceso generador de productos o servicios y determinar el nivel de riesgo de control.

La verificación de los controles se realizará, aplicando pruebas de cumplimiento en determinadas operaciones, para comprobar el funcionamiento del sistema; en el caso de detectarse desviaciones con respecto a los procedimientos de control de cualquier área administrativa, se deberá ponderar su importancia relativa, en función de la gestión total de la entidad.

La evaluación del sistema de control interno, como medio de identificación de los riesgos y áreas críticas, reduce la subjetividad y garantiza la independencia de la acción de auditoría.

2.6.1.2.4. Determinación de áreas críticas

Sobre la base de los resultados de la evaluación del sistema de control interno, se determinarán las áreas críticas, que serán las que presenten deficiencias de control por la ausencia de controles o porque los existentes no funcionan o son innecesarios; seleccionando las de mayor importancia relativa.

En la selección de estas áreas, además se considerará: la naturaleza de sus operaciones, su complejidad y los riesgos que involucra: los resultados de otras auditorías; y, el criterio del propio auditor sobre la gestión de la entidad.

Por otra parte, se tomarán en cuenta las operaciones, procesos o actividades medulares de las áreas que son prioritarias para la administración, como por ejemplo: administrativa y financiera, administración de bienes y servicios, talento humano, producción y/o comercialización de bienes o servicios y sistemas.

Para identificar las áreas críticas de una manera más objetiva, se elaborará una matriz que muestre el impacto que las deficiencias de control causan en los sistemas de administración.

Sobre la base de este estudio, el auditor determinará en forma jerarquizada las áreas, sistemas, proyectos, procesos o actividades críticas, en las cuales deberá profundizar el análisis.

2.6.1.2.5. Determinación del alcance de auditoría

Una vez determinadas las áreas y actividades críticas y sus prioridades, de ser necesario, se realizarán modificaciones al alcance del examen, de conformidad a las disposiciones legales vigentes.

2.6.1.2.6. Programas de auditoría

Los programas para la auditoría de gestión, al igual que para otro tipo de auditoría, describen específicamente como se deben llevar a cabo las actividades durante la ejecución del examen, contienen una relación ordenada de forma secuencial y lógica de los diferentes procedimientos a desarrollarse en relación a los objetivos propuestos, en cada uno de los sistemas, proyectos, programas procesos, actividades o rubros a examinarse.

Los programas para una auditoría de gestión, constituyen los pasos que deben seguirse para su análisis, en términos de eficacia, eficiencia, economía, legalidad e impacto; por lo tanto, se formularán con cierta flexibilidad que permita modificaciones cuando se necesite profundizar en los hallazgos encontrados y generar recomendaciones aplicables, oportunas y pertinentes que ayuden a la entidad auditada a corregir las deficiencias.

2.6.1.2.7. Memorando de planificación

El memorando de planificación resume las actividades desarrolladas en la fase de planificación de la auditoría, se incluye: información general de la entidad, actividades de control realizadas; el enfoque de auditoría, los objetivos, alcance y estrategia de auditoría, indicadores de gestión, un resumen de la evaluación del sistema de control interno, las áreas críticas detectadas, la calificación de los factores de riesgo; a la vez, permite definir los recursos a utilizar, el tiempo requerido y los programas para la ejecución del examen; en concordancia con el contenido del formato Memorando de Planificación del Manual de Auditoría de Gestión, vigente.

2.6.2. Ejecución de la Auditoría

En esta etapa, se ejecuta el trabajo de auditoría, con el desarrollo de los programas y con la obtención de la evidencia suficiente, relevante y competente, basada en criterios de auditoría y procedimientos definidos en cada programa; evaluación de los resultados de la gestión y determinación de los hallazgos resultantes para sustentar los comentarios, las conclusiones y recomendaciones que serán incluidas en el informe.

2.6.2.1. Obtención de evidencias

Las evidencias pueden ser: físicas, documentales, testimoniales y analíticas, y deberán ser evaluadas para el desarrollo de los hallazgos, verificando que cumplan con las siguientes condiciones:

- Suficiencia del trabajo realizado; es decir, recopilación de hechos reales, adecuados y convincentes.
- Confiabilidad de los antecedentes obtenidos; los antecedentes deberán ser válidos y confiables, es decir que reflejen la situación real del organismo o área examinada.

Para determinar la confiabilidad de la evidencia, se sugiere considerar las siguientes reflexiones:

- La evidencia proveniente de una fuente independiente, puede ser más confiable que la obtenida en la organización auditada.
- La evidencia obtenida bajo un sólido sistema de control interno, es más confiable que la que se deriva de un control interno débil o inexistente.
- La evidencia que es fruto del análisis físico, es más aceptable que la obtenida indirectamente.
- Los documentos originales son más confiables que las copias.

Relevancia entre los antecedentes obtenidos y la materia analizada; es decir, la relación entre la evidencia y su utilización; la información que se utilice para demostrar un hecho, será relevante si guarda una relación lógica con ese hecho.

Los datos procesados en medios informáticos, que son importantes para el desarrollo de la auditoría de gestión, serán aceptados siempre que sean relevantes y confiables.

2.6.2.2. Indicadores de gestión

Los Indicadores de gestión son variables o parámetros que permiten medir de forma cuantitativa y cualitativa, el grado de cumplimiento de un sistema, proyecto, programa, componente, proceso, actividad o de la ejecución de las operaciones, en términos de eficiencia, economía, efectividad e impacto.

Para la construcción del indicador se deberá colocar en el numerador las variables con datos relativos a insumos, procesos o productos y en el denominador se colocarán las variables cronológicas, físicas o económicas de comparación.

Se pueden utilizar datos primarios o indicadores que relacionan dos datos; una vez elegidos los indicadores, se definen los objetivos contra los que se van a comparar, la periodicidad en que se realizarán las mediciones y cuando los desvíos se convertirán en alertas, es decir, indicarán los niveles por encima o por debajo de los cuales el indicador es importante.

2.6.2.3. Criterios de auditoría

Existen múltiples criterios que se pueden utilizar en auditoría de gestión; para efectos de esta guía se detallan a continuación algunos criterios de auditoría que pueden ser modificados según la naturaleza de la entidad bajo examen:

- La medición del desempeño es apropiada.
- Los servicios o bienes, están bien definidos.
- Las características del bien o servicio, como calidad y nivel de servicios, deben estar claramente especificadas.
- Los insumos están relacionados, con los productos o resultados producidos.
- Los datos de insumos y producción de bienes y servicios, serán verificados.
- El desempeño debe ser adecuado, en comparación con el estándar.
- La base de comparación debe ser adecuada.

- El nivel actual de rendimiento debe ser aceptable, en comparación con la base establecida.
- Los informes del desempeño serán claros, oportunos; establecerán, si los objetivos han sido logrados y qué áreas o actividades necesitan acciones correctivas con el fin de mejorar la productividad.
- La comunicación a los servidores, sobre los niveles de desempeño alcanzados, en comparación con los esperados, así como una investigación sobre la calidad del ambiente de trabajo, ayudan a la mejora de la productividad.
- La mejora en la eficiencia, debe ser evaluada sistemáticamente, realizando análisis de organización y metodología de trabajo.
- Los Informes sobre productividad de bienes y/o servicios, se mantienen actualizados.
- Los sistemas informáticos son evaluados periódicamente, con el fin de detectar fallas que puedan afectar a las operaciones.
- Actualización periódica de los procesos de evaluación de desempeño, considerando la normativa que se dicta para el efecto.

2.6.2.4. Papeles de trabajo

Los papeles de trabajo de auditoría constituyen el soporte del trabajo llevado a cabo por el auditor, contienen los comentarios, conclusiones y recomendaciones incluidos en su informe; así como las evidencias del cumplimiento del debido proceso de auditoría.

Los papeles de trabajo, vinculan la labor realizada por el auditor durante las etapas de planeamiento y ejecución de la auditoría con el producto final de la misma, el informe de auditoría.

Las normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, señalan, que los papeles de trabajo constituyen los programas escritos con la indicación de su cumplimiento y la evidencia reunida por el auditor en el desarrollo de su tarea; son el vínculo entre el trabajo de planeamiento, de ejecución y del informe de auditoría, por tanto contendrán la evidencia necesaria para fundamentar los hallazgos, opiniones, conclusiones y recomendaciones que se presenten en el informe.

2.6.3. Comunicación de resultados

La redacción del informe de auditoría de gestión, al igual que de otro tipo de auditoría, observará las normas nacionales e internacionales y demás disposiciones emitidas para el efecto y presentará una estructura en la cual se establezcan los hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

En la fase de comunicación de resultados, se mantendrá informada a la administración de la entidad permanentemente, sobre las observaciones encontradas durante la ejecución del examen, con la finalidad de obtener los justificativos y comentarios pertinentes, previo a la elaboración del informe final.

CAPÍTULO III

3. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

3.1. Planificación

La auditoría que se va a realizar en el presente capítulo será para determinar, mediante indicadores de gestión, los niveles de eficiencia, eficacia y economía de los procesos administrativos del departamento de Inventarios del Hospital Provincial General Docente Riobamba, a través de la aplicación de técnicas y procedimientos de auditoría para llegar a elaborar el informe en el que se incluya conclusiones y recomendaciones.

Para trabajar con la información actualizada, se obtendrá conocimiento e identificación de:

- La estructura y funcionamiento general del Hospital.
- Las áreas a examinar que involucra sus actividades, operaciones, instalaciones, metas u objetivos a cumplir.
- Las prácticas administrativas y de operación que realiza el Hospital.

El análisis de estos aspectos serán los ejes principales para determinar el grado de confiabilidad de la información administrativa y la metodología a ser utilizada para facilitar la auditoría.

3.1.1. Conocimiento Preliminar

Con el fin de establecer los objetivos de la Auditoría, se necesita tener un conocimiento preliminar de la institución y del área a examinar, con visitas para conocer el Departamento; en esta etapa se revisa la información referente al Archivo Permanente, que contiene los aspectos básicos para la realización del trabajo de Auditoría de Gestión.

3.1.1.1. Informe de Conocimiento Preliminar

Nombre de la Entidad:

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. (HPGDR).

Ubicación:

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, se encuentra ubicado en la zona sureste de la ciudad de Riobamba, parroquia Veloz; dirección: Avda. Juan Félix Proaño S/N y Chile.

Naturaleza de la Entidad:

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba, es una Unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, de segundo nivel de complejidad que está ubicado en la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, que por el tipo de atención es general, por el tiempo de permanencia de los pacientes es un hospital de agudos, por su ubicación geográfica es un Hospital Provincial que brinda una atención de salud integral a los usuarios, ambulatorios y de internación a la población del área de influencia de la provincia de Chimborazo y la región central del país.

Visión:

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba para el año 2013 será una unidad de referencia, capaz de prevenir y resolver en forma integral y oportuna los problemas de salud de la población, garantizará servicios de calidad con tecnología de última generación e infraestructura adecuada, basada en los principios de solidaridad, equidad, universalidad y transparencia administrativa. Dispondrá de insumos y medicamentos gratuitos acorde al perfil epidemiológico.

Misión:

El Hospital Provincial General de Riobamba garantiza atención oportuna e integral de salud a través de la implementación de las políticas del estado, con calidad, calidez, eficacia y eficiencia para la población que demanda los servicios de atención preventiva, curativa y de rehabilitación, sin discrimen, con talento

humano calificado, motivado y con experiencia fundamentada en el trabajo interdisciplinario.

Objetivos:

Objetivo 1: Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.

Objetivo 2: Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.

Objetivo 3: Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.

Objetivo 4: Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.

Objetivo 5: Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

Objetivo 6: Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

Actividad Principal:

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba tiene como principal actividad la prestación de servicios hospitalarios, en las áreas de:

- Vacunación.
- Estomatología.
- Cirugía.
- Pediatría.
- Medicina Interna.
- Clínica de Heridas.

- Clínica del VIH.
- Centro Obstétrico.
- Centro Quirúrgico.
- Control de Tuberculosis.
- Educación para la Salud.
- Gineco – Obstetricia.
- Trabajo Social.
- Nutrición.
- Unidad de Medicina Crítica.
- Servicios Complementarios.

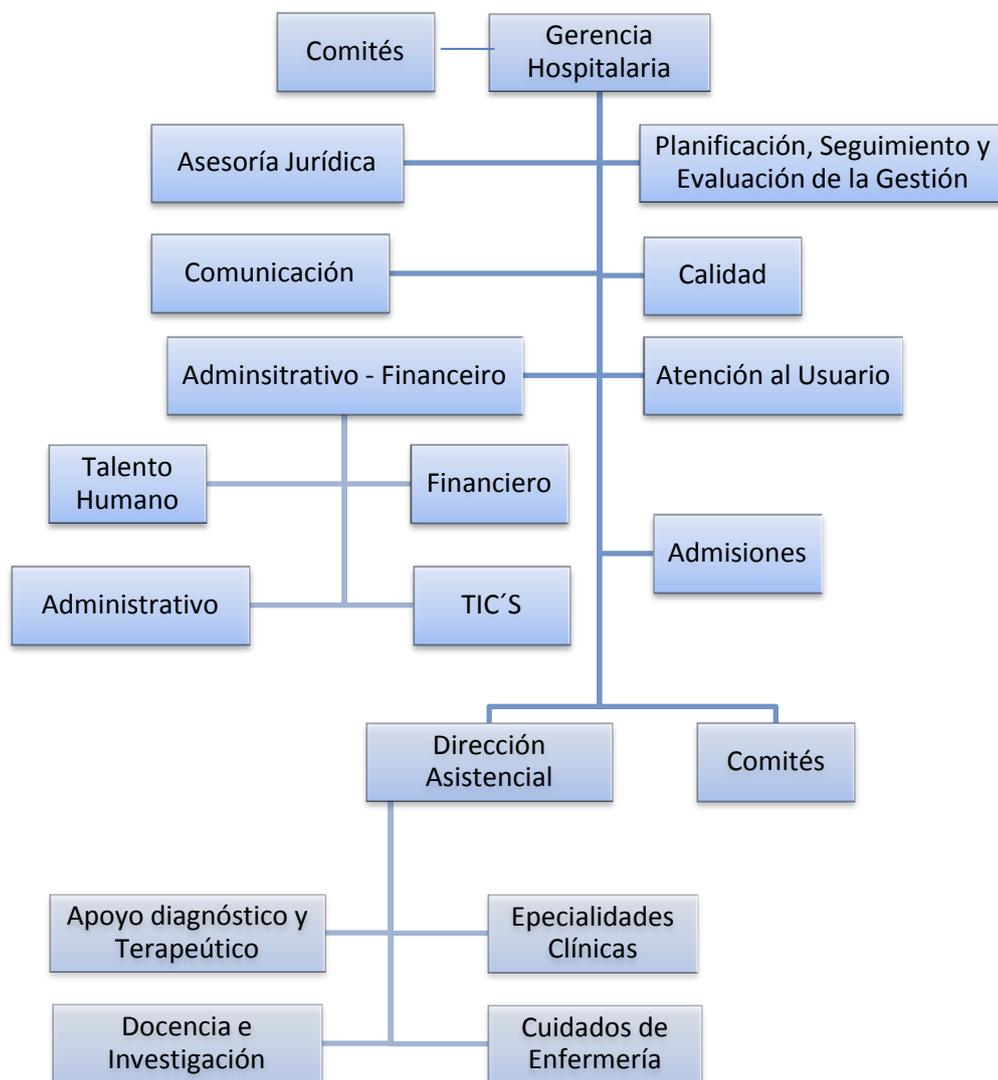
Estructura Organizacional:

La estructura organizacional del Hospital Provincial General Docente Riobamba está regida en base al Ministerio de Salud Pública el cual se encuentra alineado con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios.

Además mediante el nuevo modelo de gestión por procesos se debe diseñar y mejorar los procesos, gestión del clima, cambio de cultura organizacional y tecnologías de información y comunicación con la Coordinación General de Planificación.

A continuación se presenta el organigrama del Hospital enfocado en la nueva gestión por procesos:

Estructura Orgánica Hospitales Generales



Fuente: Acuerdo Ministerial: N° 1537. (2012) Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales

Fuentes de financiamiento:

Según el acuerdo ministerial N° 00001537, emitido el 31 de julio del 2012, por Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, (E); en la Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado, Presidente Constitucional de la República del Ecuador y publicado en el Registro Oficial N° 339, el martes 25 de septiembre de

2012, se establece el ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES, en el Artículo N°2, se establecen los objetivos estratégicos, siendo el primer objetivo “Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios”.

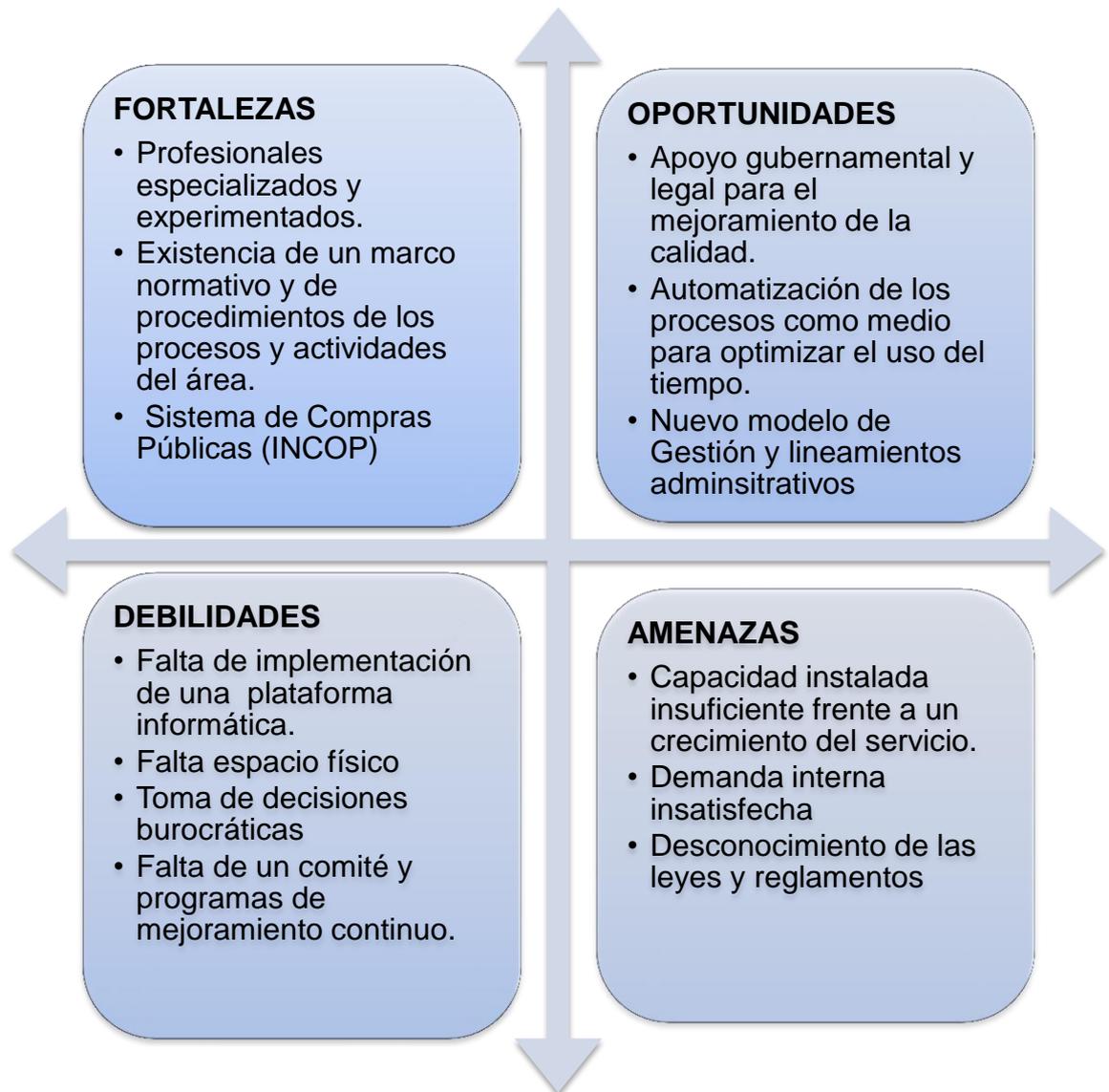
Por lo tanto todos los servicios que brinda el Hospital Provincial General Docente Riobamba, son gratuitos, y no poseen ingresos de autogestión; el único ingreso que percibe es por concepto de SOAT y FONSAT, por accidentes de tránsito.

Implica que a través de las Aseguradoras SOAT o FONSAT, se encargarán de pagar los gastos correspondientes a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente y los gastos de transporte que incurran para atender a los lesionados de un accidente de tránsito de acuerdo a los límites señalados en la respectiva póliza. Por lo que el Ministerio de Salud Pública asume la responsabilidad, de acuerdo a este instrumento, de garantizar la Atención médica y la asistencia oportuna universal e integral para las personas afectadas por el siniestro.

Matriz FODA

Mediante la matriz FODA podemos analizar las fortalezas y oportunidades del Departamento de Inventarios, poniéndolas frente a las debilidades y amenazas del mismo departamento, lo que nos va a permitir saber en qué estado se encuentran las actividades y por lo tanto el entorno de organizacional del funcionamiento interno del Departamento.

Tabla N°3 FODA



Elaborado por: Andrea Valeria Barreno Moreno.

Estructura de Control Interno:

El control Interno dentro del Hospital está definido por la Gestión Estratégica Hospitalaria conjuntamente con el Comité de participación, estas dos partes son las encargadas de aplicar en cada departamento las estrategias y objetivos definidos en el Estatuto orgánico por Procesos del Hospital, en ello se tiene énfasis al desarrollo organizacional, la gestión financiera, el aseguramiento de la calidad en los servicios, la asesoría jurídica y la docencia e investigación; los cuales permitirán obtener la calificación de la oferta y la demanda hospitalaria, la

operativización de normas de la gestión de servicios hospitalarios, y el control y mejoramiento continuo de la operativización de normas de la gestión de servicios hospitalarios.

Ilustración Nº 2 Estructura de Control Interno



Fuente: <http://hospitalriobamba.gob.ec/>

3.1.1.2. Definición de Objeto y estrategia de la Auditoría

Para el trabajo de auditoría de gestión, se lo realizará sobre la base de las necesidades descritas en el informe de conocimiento preliminar; es decir atendiendo a la naturaleza de la entidad, programa o proyecto y considerando la visión, misión y objetivos de la misma.

3.1.2. Planificación Específica

La planificación específica es la fase en la que se define la estrategia a seguir en el trabajo de campo. Con fundamento en la información obtenida durante la planificación preliminar llega a tener incidencia en la eficiente utilización de recursos y el logro de metas y objetivos definidos por el equipo de auditoría.

El principal propósito de esta evaluación, es evaluar el control interno y cuantificar los riesgos de auditoría, esto permite seleccionar los procedimientos de auditoría

a ser aplicados. En esta fase se elaboran los programas de trabajo en los que se establecen responsabilidades y control de tiempos.

3.1.2.1. Recopilación y Análisis de la Información

En esta fase se recopilará la información relacionada con el planeamiento Institucional, organización y operaciones.

3.1.2.1.1. Planeamiento Institucional

Plan Estratégico 2008-2013 (Anexo 1)

El listado que se presenta a continuación, corresponde al Plan Estratégico para los años 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013; el cual presenta los objetivos que se cumplieron y que se cumplirán en los años descritos:

Objetivos 2008:

- Elaboración, socialización e implementación del plan estratégico 2008-2013 del Hospital.
- Diseño y elaboración del plan de motivación, reconocimiento e incentivos al personal.
- Sistematización de los indicadores hospitalarios.
- Cumplimiento de la primera evaluación del desempeño laboral.
- Elaboración de los manuales administrativos y técnicos de los servicios.
- Elaboración y sistematización del POA.
- Elaboración del plan de mantenimiento de la planta física.
- Implementación, comunicación del sistema de atención gratuita.
- Reingeniería del proceso de atención de consulta externa.
- Elaboración de protocolos de atención.

Objetivos 2009:

- Realización y diseño de instrumentos para la medición de estándares de calidad de atención en todos los servicios.
- Medición de los estándares de calidad.

- Evaluación del cumplimiento del POA hospitalario 2008.
- Elaboración de un plan de capacitación continua para el personal del hospital sobre el trabajo en equipo y motivación.
- Elaboración de un diagnóstico de las condiciones del equipamiento de los servicios de diagnóstico y un plan de reposición de los mismos.
- Mejoramiento y mantenimiento del sistema de señalización.
- Ejecución del plan de motivación e incentivos.

Objetivos 2010:

- Ejecución del plan de capacitación continua sobre trabajo en equipo y motivación.
- Capacitación al ciento por ciento del personal de mantenimiento sobre el funcionamiento de los equipos de tratamiento y diagnóstico del hospital.
- Elaboración de un calendario de mantenimiento preventivo, de las instalaciones, equipo y mobiliario, así como también del sistema de servicios básicos.
- Evaluar el cumplimiento del POA hospitalario 2008-2009.
- Monitoreo y control del plan de motivación e incentivos.
- Medición de los estándares de calidad.

Objetivos 2011:

- Evaluación y actualización del POA hospitalario 2010.
- Implementación de la atención de la salud con protocolos.
- Monitoreo y control de la reingeniería del proceso de atención de consulta externa.
- Medición y actualización de los estándares de calidad.
- Monitoreo y control del programa de capacitación sobre motivación y trabajo en equipo.

Objetivos 2012:

- Actualización del plan de capacitación sobre motivación y trabajo en equipo para el personal que no asistió a este evento.
- Monitoreo y control del cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Objetivo 2013:

- Actualización del Plan estratégico hospitalario.

Plan Operativo Anual (Anexo 2)

El Plan Operativo Anual elaborado para el ejercicio fiscal 2011 fija como misión y visión las siguientes:

Misión: Garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del SISTEMA NACIONAL DE SALUD, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia.

Visión: EL Ministerio de Salud Pública asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables, consolidando su RECTORÍA en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias.

Objetivos del Plan:

- Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social
- Aumentar la esperanza de vida
- Incrementar los espacios de encuentro común
- Garantizar los derechos colectivos

Plan Anual de Compras (Anexo 3)

El Plan Anual de Contratación (PAC), es la planificación anual que debe realizar toda Entidad Contratante, para realizar la adquisición de bienes, servicios, obras y

consultorías necesarias para desarrollar y cumplir con sus actividades de manera eficiente.

Por esta razón es de suma importancia que las Entidades elaboren cuidadosa y minuciosamente esta planificación con el fin de cumplir sus metas institucionales.

El objetivo del Plan Anual de Contratación (PAC), es permitir el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo, a través del cumplimiento de los objetivos y necesidades institucionales.

Por esta razón las metas y objetivos de cada Institución deben estar alineados al Plan Nacional de Desarrollo y al Presupuesto establecido por el Estado

El Plan Anual de Compras del HPGDR, describe en cada cuatrimestre que se va adquirir para las funciones de cada servicio del Hospital en base a las necesidades previamente solicitadas por cada departamento.

Presupuesto aprobado (Anexo 4)

El Presupuesto que se presenta del Hospital Provincial General Docente Riobamba, corresponde al aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas del año 2011, a continuación se resume por ítem el presupuesto antes descrito:.

Inicial	10'821.124,76
Codificado	12'277.810,42
Compromiso	12'272.290,16
Devengado	11'998.808,52
Pagado	11'998.623,10
Saldo Disponible	5.520,26

Dentro del presupuesto del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se devengo 115.121,04; exclusivamente para el Departamento de Inventarios, según los materiales e insumos descritos en el Plan Anual de Compras.

3.1.2.1.2. Organización

Base legal

1. Constitución de la República del Ecuador.
2. Ley Orgánica de Servicio Público.
3. Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
4. Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
5. Código Orgánico de Planificación y Finanzas Pública.
6. Normas de Control Interno emitido por la Contraloría General del Estado.
7. Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por procesos de los Hospitales.
8. Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

Detalle de Recursos Humanos

TIPO DE PERSONAL	NÚMERO
Traumatólogos	3 Incluido el Fisiatra
Cirujanos	3 devénganles de beca
Clínicos	10
Pediatras	16 Incluidos Neonatólogos
Gineco-Obstetras	8
Psiquiatra	1
Anestesiólogos	7
Médicos de Emergencia	6
Químicos Farmacéuticos	2
Médico Laboratorista	1
Psicólogo	1
Imagenólogo	3
Residentes	38

Tecnólogos	25	Constan de Laboratorio, Imagenología y de Fisiatría
Técnicos	52	Constan de Alimentación, Financiero, Pagaduría, Proveeduría, Mantenimiento, Farmacia, Laboratorio e Imagenología.
Enfermeras	140	
Obstetrices	5	
Trabajadoras Sociales	4	
Administrativos	23	
Estadísticos	10	
Odontólogos	5	
Nutricionistas	2	
Educadoras para la Salud	2	
Ingeniero eléctrico	1	
Ingeniero mecánico	1	
Ingeniero electrónico	1	
Auxiliares de Odontología	4	
Auxiliares de Enfermería y de Rehabilitación	105	
Chóferes	7	
Auxiliares de Servicios Generales	115	Personal de lavandería, alimentación y limpieza
Auxiliares de Laboratorio	5	
Auxiliares de Farmacia	12	
Auxiliar de Autopsias	1	
TOTAL	619	

Dentro del detalle antes descrito se encuentra el personal administrativo; entre los 23 empleados administrativos, se encuentran: Coordinadores de Áreas, asistentes, responsables de procesos, etc.; para el Departamento de Inventarios, están designados tres funcionarios que son los encargados en recolectar, analizar, archivar, organizar y demás funciones de todo lo referente a los Activos fijos, insumos, materiales y medicinas del Hospital.

3.1.2.1.3. Operaciones

A continuación se detallan las operaciones específicas del departamento de Inventarios, estas se las conceptualizó en el Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, expedido en el Suplemento del Registro Oficial N° 586, el viernes 8 de mayo de 2009, en la administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado.

Universo de Operaciones

- Ejecutar la custodia y el control general de los bienes muebles e inmuebles y equipos de propiedad de la institución.
- Llevar registros individuales actualizados de los bienes de la entidad calificados como activos fijos, con los datos de las características generales y particulares como: marca, tipo, valor, año de fabricación, color, número de serie, dimensiones, código, depreciación y otras de acuerdo a la naturaleza del bien.
- Mantener un registro de los bienes inmuebles que posee la institución y elaborar hoja de vida individual, donde conste: planos, áreas y avalúos. Si los inmuebles de propiedad de la institución no se encuentran debidamente legalizados, la máxima autoridad o su delegado dispondrá que a través de la Dirección Jurídica se dé trámite a este requerimiento.
- Realizar la entrega de los bienes al custodio personal mediante actas de entrega-recepción debidamente legalizadas con las firmas de los responsables de la Unidad de Activos Fijos, Coordinador del Subproceso y custodio personal del bien.
- Realizar las constataciones físicas de los bienes en forma anual, cuando sea requerida por el Director de Gestión Administrativa, cuando cambie el Jefe de

la Unidad de Activos Fijos o quienes hagan sus veces en el Sistema Desconcentrado y entidades adscritas, a fin de determinar oportunamente las novedades con respecto a la utilización, ubicación y conservación de los bienes; esta información deberá ser entregada al Director de Gestión Administrativa, hasta el mes de octubre con las recomendaciones que se estimen pertinentes.

- Conjuntamente con el Coordinador del Subproceso de Informática o Comunicación Social o quienes hagan sus veces en el Sistema Desconcentrado y entidades adscritas, según el tipo del bien, reasignar los equipos (portátiles, infocus, cámaras, televisores, mp4 y otros), en base a un informe técnico que justifique la necesidad y requerimiento, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 de este reglamento.
- Colaborar en la formulación del plan anual de adquisiciones de activos fijos.
- Participar en los trámites de baja, remates y demás indicadas en este reglamento.
- Mantener un control permanente sobre el traslado interno de los bienes de un proceso a otro.
- Llevar estadísticas de la información de los activos fijos, personas responsables de la custodia y uso, procesos donde se encuentran, grado de utilización y estado de conservación.
- Actualizar anualmente el catastro de bienes y entregar sus resultados a la Dirección de Gestión Financiera hasta el mes de noviembre.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones legales reglamentarias y demás normas pertinentes, establecidas para el sistema de control y custodia física de los bienes.

3.1.2.1.3.1. Manual de procedimientos

El Departamento de Inventarios del Hospital Provincial General Docente Riobamba tiene como Manual de Procedimientos el Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, publicado en el suplemento del Registro Oficial 568, el viernes 8 de mayo de 2009, en la Administración del Señor Ec. Rafael Correa Delgado, Presidente Constitucional de la República del Ecuador.

3.1.2.2. Entrevistas y Visitas

Mediante entrevistas realizadas a las áreas directivas del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se podrá obtener aspectos importantes para la realización del trabajo de auditoría de gestión, las cuales servirán de lineamientos, para analizar las posibles áreas críticas del componente a examinar, a continuación se presenta las entrevistas con los principales implicados en el Departamento de Inventarios, así como la visita que se realizó a las Instalaciones del Hospital en una narrativa.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS**

**PE 1
1/6**

Nombre del Entrevistado: Dr. Wilson Nina Mayancela

Cargo: Gerente General

Entrevistador: Valeria Barreno M.

Lugar: Instalaciones del HPGDR

1. ¿Cuál es su opinión acerca de la situación actual del HPGDR?

Al momento el Hospital se encuentra por elaborar la planificación estratégica que servirá para el periodo 2013-2017. Se dio los lineamientos de organización para la nueva estructura Orgánica por procesos y reestablecer la Estructura del Hospital en base a los objetivos y estrategias del Ministerio de Salud Pública.

2. ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas y debilidades existentes en el HPGDR?

Fortalezas:

- Personal especializado y capacitado en las diferentes especialidades.
- Se cuenta con el estatuto Orgánico de Gestión por Procesos.
- Las matrices del PAC y POA.

Debilidades

- Presupuesto limitado.
- Demora en trámites administrativos.
- Demanda insatisfecha en las áreas de Cirugía, Traumatología.

3. ¿Existe un Manual de Funciones y de Descripción de Cargos, además de Reglamento de Trabajo Interno debidamente establecido en el HPGDR?

Por manual de funciones, lo tomamos al estatuto Orgánico de Gestión por Procesos, y el reglamento de trabajo lo tiene internamente cada departamento, especificando las funciones entre los trabajadores o empleados de cada área en coordinación con el líder del servicio.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS**

**PE 1
2/6**

4. ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de capacitación del personal?

Se inauguró recientemente la Coordinación de Docencia e Investigación, el cual esta designado a realizar el plan anual de capacitaciones, para los y las servidoras del hospital; y se realizó el diagnóstico situacional actual y necesidades de capacitación por servicio; y cada viernes se realiza charlas de capacitación en un servicio específico del hospital, en el cual se tratan casos clásicos y específicos.

5. ¿Se ha establecidos los principios y valores, así como el código de ética para las y los servidores?

Para los principios y valores, se escogieron personal al azar entre los empleados y se les entrego una lista con principios y valores; se les pidió que escojan entre ellos los cinco principios y valores que ellos consideran más importantes, y los resultados serán tabulados para ver cuáles son los más repetidos y tomarlos así como los principios y valores del hospital.

6. ¿Se mantiene un sistema de planificación en funcionamiento y debidamente actualizado?

Los más utilizados dentro de la Institución que es el PAC y el POA, y otros dos proyectos.

7. ¿Cómo ha afectado en la gestión el Manual por Procesos implementado por el Ministerio de Salud Pública?

Los resultados finales de su aplicación aún no se los puede medir dado que recién se lo está implementando.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS

PE 1
3/6

Nombre del Entrevistado: Ec. Emanuel Flores.

Cargo: Director Gestión Administrativa - Financiera

Entrevistador: Valeria Barreno M.

Lugar: Instalaciones del HPGDR

1. ¿Qué tiempo trabaja en el Hospital?

Estoy trabajando tres meses.

2. ¿Qué opinión tiene acerca del ambiente de trabajo en el Hospital?

Que el ambiente aún tiene una oportunidad de mejora.

3. ¿Cuáles considera que son las mayores dificultades que presenta el Departamento de Inventarios?

- Falta de un adecuado sistema informático.
- Inexistencia de un programa de red.

4. ¿Tiene conocimiento de los lineamientos implantados en el Hospital para la ejecución del Trabajo? Si, No, ¿Cuáles?

Si, leyes, reglamentos, LOSEP, Ley de contratación Pública.

5. ¿Considera que la ejecución de su trabajo está limitada a la autorización de la máxima autoridad?

En parte, nuestra máxima autoridad, delinea la programación de labores.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS**

**PE 1
4/6**

6. ¿Qué grado de dificultad tiene para ejercer el trabajo diario? Alto, Medio, Bajo.

Alto, porque en todo proceso o actividad es necesario la autorización de la máxima autoridad.

7. ¿Qué número de personas tiene a su cargo?

El personal de los departamentos de:

- Talento Humano.
- TIC`S.
- Financiero.
- Gestión Administrativa.
- Inventarios.

8. ¿Existe un listado de los responsables de custodia de activos fijos?

Sí.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS**

**PE 1
5/6**

Nombre del Entrevistado: Ing. Magdalena Guadalupe

Cargo: Responsable del Departamento de Inventarios

Entrevistador: Valeria Barreno M.

Lugar: Instalaciones del HPGDR

1. ¿Qué tiempo trabaja en el Hospital?

Laboro, veinte y dos años.

2. ¿Qué opinión tiene acerca del ambiente de trabajo en el Hospital?

Que es bueno.

**3. ¿Cuáles considera que son las mayores dificultades que presenta el
Departamento de Inventarios?**

- Capacitación permanente al personal.
- No se cuenta con el equipamiento necesario.
- Socialización de niveles de responsabilidad, de acuerdo a nuestra estructura organizacional.

**4. ¿Tiene conocimiento de los lineamientos implantados en el Hospital
para la ejecución del Trabajo? Si, No, ¿Cuáles?**

Manual de bienes y propiedades del Sector Público, Reglamento de bienes del
Ministerio de Salud Pública.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ENTREVISTAS**

**PE 1
6/6**

5. ¿Considera que la ejecución de su trabajo está limitada a la autorización de la máxima autoridad?

Sí, por la existencia de procesos burocráticos

9. ¿Qué grado de dificultad tiene para ejercer el trabajo diario? Alto, Medio, Bajo.

Bajo, porque ya conozco cómo funciona el Hospital.

10. ¿Qué número de personas tiene a su cargo?

Tengo a mi cargo tres personas.

11. ¿Existe un listado de los responsables de custodia de activos fijos?

Sí.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
NARRATIVAS

PE 2
1/3

VISITAS A LAS INSTALACIONES

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, está ubicado en las calles Avenida Juan Félix Proaño S/N y Chile, en dicha dirección están ubicadas las instalaciones del Hospital con 6.000 m², en donde se pudo observar los siguiente puntos importantes para el trabajo a desarrollar:

El Hospital cuenta con una infraestructura de cuatro plantas, que están debidamente distribuidas para cada servicio que presta el Hospital.

En la planta baja por la entrada principal al Hospital se encuentran:

- Información.
- Call Center.
- Inventarios.
- Consulta Externa.
- Admisión.
- Servicio Social.
- Servicio al Cliente.
- Educación para la Salud.
- Fisioterapia.
- Laboratorio.
- Imagenología.

Cada área está equipada con todos los implementos necesarios, como por ejemplo, en los consultorios cada uno equipado con escritorios para los Médicos, instrumental, camillas, computadoras; en el caso de Odontología se encuentra equipado con Equipos dentales, y Equipos de Rayos X panorámicos, y el Consultorio de Cirugía Odontológica.

En las áreas de información y call center, están equipadas con teléfonos y sus respectivas computadoras que contienen el sistema informático destinado para la atención a usuarios, como son citas previas, y servicio de referencia y contra referencia.

α

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
NARRATIVAS

PE 2
2/3

El departamento de inventarios se encuentra en la parte derecha de Información, este departamento está equipado con tres escritorios que son para la Responsable del Departamento y los dos asistentes.

En este lugar se lleva la parte correspondiente solo a papeles lo que ya es físico se encuentra en la parte posterior del Hospital en la Bodega, cabe recalcar que en dicha bodega solo se almacenan los muebles de oficina, los insumos de oficina, los insumos de aseo, etc.

Existe también otra bodega dentro del Hospital que se la puede apreciar entrando por la puerta de Emergencia del Hospital que queda en la parte posterior, esta bodega almacena solo las medicinas de Farmacia.

En el área de Administración se encuentran diferentes oficinas como son:

- Gerencia.
- Dirección Asistencial.
- Coordinación de gestión Financiera e Institucional.
- Pagaduría.
- Proveeduría.
- Adquisiciones.
- Gestión de Calidad.
- Gestión de Enfermería.
- Gestión de Talento Humano.
- Epidemiología.

En las áreas antes mencionadas se maneja todo lo relacionado, con contabilidad, adquisiciones, compras públicas, presupuestos, pago a proveedores, decisiones gerenciales, pago a empleados, y demás actividades, cada oficina está equipada de acuerdo a las requisiciones del personal, como son: escritorios, computadores, impresoras, copiadoras, e insumos de oficina.

En la parte posterior del Hospital, en la misma planta baja se encuentra:

- Esterilización Central.

α

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
NARRATIVAS

PE 2
3/3

- Hotelería: Alimentación y Lavandería.
- Centro Quirúrgico.
- Centro Obstétrico.
- Emergencia y Área de Quemados.
- Farmacia.
- Informática.
- Anatomía Patológica.

En el segundo piso, encontramos las salas de Gineco-Obstetricia y Medicina Interna, aquí se encuentra personal de enfermería, limpieza, y Médicos. Atienden a los pacientes que necesitan cuidados intensivos.

En el tercer piso, están las salas de Cirugía, Pediatría, Neonatología y el Banco de Leche, las cuales son atendidas de acuerdo al grado de situación de cuidado que tenga el paciente, las más prioritarias son a los Neonatos ya que se busca reducir la morbilidad en los bebés recién nacidos.

En el último piso, es decir el piso número cuatro, encontramos la Residencia, que son habitaciones equipadas para los Médicos Residentes, Médicos de Turno y estudiantes de Medicina; también se encuentra un parque infantil con juegos equipados pero este no ha funcionado desde varios años atrás.

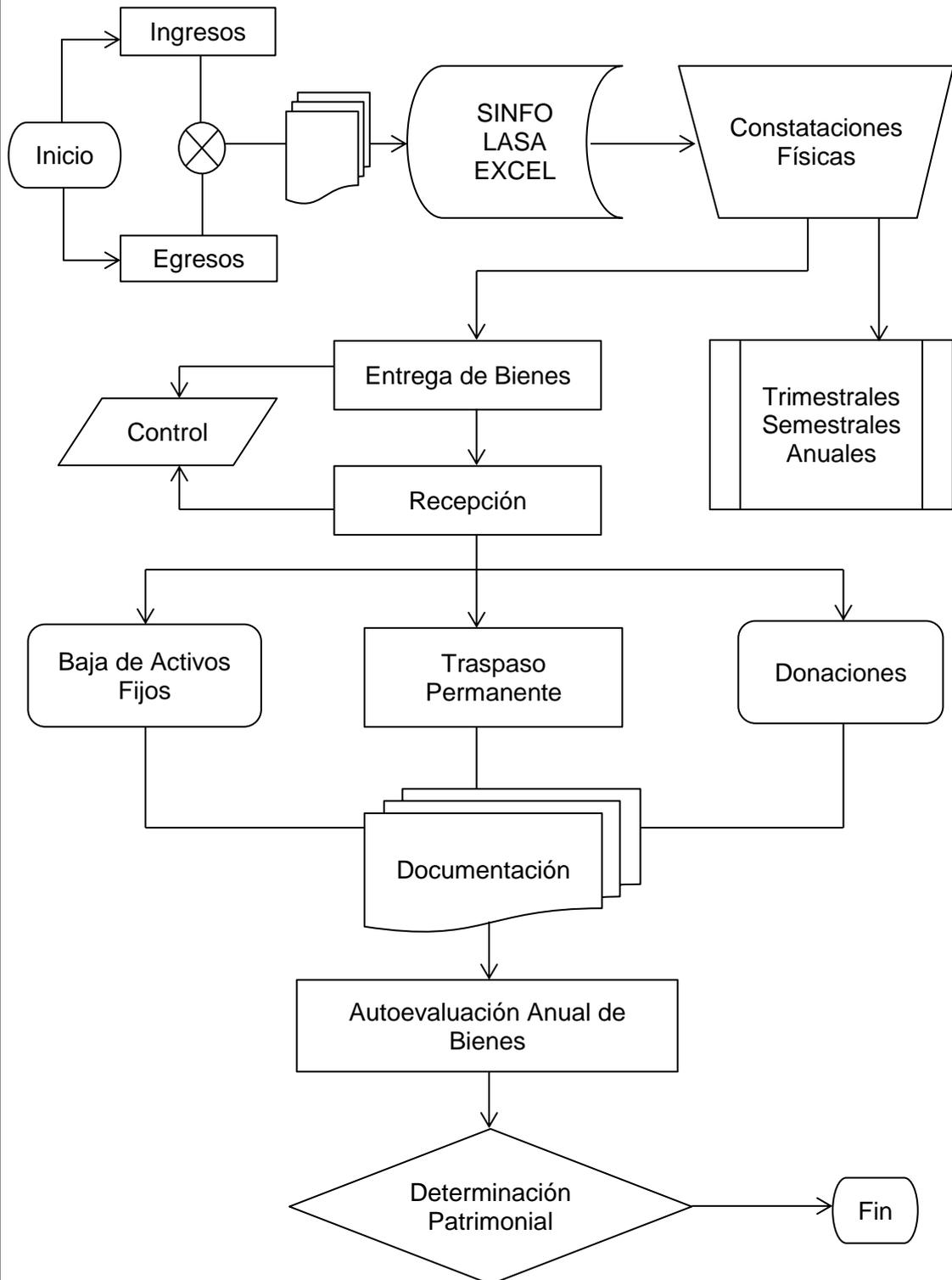
α

α Recorrido de las Instalaciones

Elaborado por: Valeria Barreno M. **Revisado por:** Ing. Napoleón Cadena

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
FLUJOGRAMA DE PROCESOS

PE 3
1/1



Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

3.1.2.3. Evaluación de sistema de control Interno

La evaluación del sistema de control interno en auditoría de gestión, de conformidad a lo establecido por las normas ecuatorianas de auditoría gubernamental, está dirigida a los sistemas y procedimientos vigentes para que la entidad ejecute sus actividades en forma eficiente, efectiva y económica, considerando los componentes de control interno:

- Ambiente de control.
- Evaluación del riesgo.
- Actividades de control.
- Información y comunicación.
- Seguimiento.

En el cual se especifica también la ponderación expresada en la columna P y la calificación en la columna C, para obtener la determinación del nivel de riesgo de cada componente mediante la siguiente fórmula:

CP: Confianza Ponderada.

CT: Calificación Total.

PT: Ponderación Total.

$$CP = \frac{CT \times 100}{PT} = \% \text{ Riesgo y Confianza.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

Ambiente de Control

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					
					CCI 1 1/4
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
a.- Integridad y valores éticos					
1. ¿La alta dirección de la entidad, ha establecido los principios de integridad y valores éticos como parte de la cultura organizacional?	X		10	5	VB
2. ¿La máxima autoridad ha establecido por escrito el código de ética aplicable a todo el personal y sirve como referencia para su evaluación?	X		10	4	VB
3. ¿El código de ética considera los conflictos de intereses?	X		10	4	VB
4. ¿El código de ética ha sido difundido a todo el personal de la entidad, proyecto o programa y se ha verificado su comprensión?		X	10	5	VB
5. ¿Se informa periódicamente sobre las sanciones a que da lugar la falta de su observancia?		X	10	5	VB
6. ¿Se han establecido por escrito políticas para regular las relaciones de interacción, de la máxima autoridad con todo el personal encargado de la administración de la entidad y con terceros relacionados?		X	10	6	VB
7. ¿Se ha obligado, de acuerdo con la ley, a la presentación de la declaración patrimonial juramentada?	X		10	10	VB
8. ¿Se difunde los informes de auditoría interna sobre los controles?	X		10	10	VB
b.- Administración estratégica					
1. ¿La entidad para su gestión, mantiene un sistema de planificación en funcionamiento y debidamente actualizado?		X	10	6	VB
2. ¿El sistema de planificación de la entidad incluye un plan plurianual y planes operativos anuales?	X		10	7	VB

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

CCI 1
2/4

CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
3. ¿Se considera dentro del plan operativo anual la misión y visión institucionales y éstas guardan consistencia con el plan nacional de desarrollo y el organismo técnico de planificación?	X		10	9	VB
4. ¿En la formulación del plan operativo anual, se ha considerado el análisis pormenorizado de la situación y del entorno, en función de los resultados obtenidos en períodos anteriores, para satisfacer las necesidades de los usuarios en un marco de calidad?	X		10	9	VB
5. ¿Los productos que se obtienen de las actividades de planificación (formulación, ejecución, seguimiento y evaluación), se documentan y difunden a todos los niveles de la organización y a la comunidad?		X	10	5	VB
c.- Políticas y prácticas del talento humano					
1. ¿Los puestos de dirección están ocupados por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	X		10	8	VB
2. ¿Los mecanismos para el reclutamiento, evaluación y promoción del personal, son transparentes y se realizan con sujeción a la ley y a la normativa pertinente?	X		10	8	VB
3. ¿Los servidores están en conocimiento de estos mecanismos?	X		10	7	VB
4. ¿Los servidores asignados para el reclutamiento de personal, se encuentran capacitados debidamente en las distintas materias a considerarse dentro del concurso?	X		10	8	VB
5. ¿Se han establecido procedimientos apropiados para verificar los requisitos y perfil requeridos de los candidatos?	X		10	9	VB
6. ¿Se informa al personal nuevo, de sus responsabilidades y de las expectativas de la máxima autoridad, de preferencia mediante una descripción detallada de sus puestos, que se mantendrá actualizada durante el tiempo en que preste sus servicios?	X		10	9	VB
7. ¿Para las evaluaciones del desempeño de los servidores, se aplican criterios de integridad y valores éticos?	X		10	6	VB

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO

CCI 1
3/4

CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
8. ¿Se ha elaborado un plan de capacitación que contemple la orientación para el personal nuevo y la actualización de todos los servidores?		X	10	6	VB
9. ¿La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado y actualizado?		X	10	6	VB
d.- Estructura organizativa					
1. ¿La entidad cuenta con una estructura organizativa que muestre claramente las relaciones jerárquico-funcionales, a la vez que identifique las unidades ejecutoras de cada programa o proyecto, que permita el flujo de información entre las distintas áreas de trabajo?	X		10	10	VB
2. ¿La estructura prevista es adecuada al tamaño y naturaleza de las operaciones vigentes de la entidad?	X		10	10	VB
3. ¿Dentro de la estructura de la organización, se han establecido líneas claras para la presentación de informes que abarquen las funciones y el personal de la entidad?	X		10	9	VB
4. ¿Las funciones y responsabilidades se delegan por escrito, sobre la base de las disposiciones legales, normativas y reglamentarias vigentes?	X		10	9	VB
5. ¿La asignación de responsabilidades está directamente relacionada con los niveles de decisión?	X		10	8	VB
6. ¿Se cuenta con un manual de procedimientos aprobado y actualizado?		X	10	8	VB
7. ¿Los documentos mencionados han sido publicados para conocimiento de todos los servidores de la organización y de la comunidad?		X	10	6	VB
e.- Sistemas computarizados de información					
1. ¿Existen sistemas de información computarizados para el registro y control de las operaciones de la entidad, programa o proyecto?	X		10	8	VB
2. ¿Los sistemas y su información están protegidos y son manejados por personal autorizado?	X		10	7	VB
3. ¿El personal responsable de la custodia de los sistemas y de su información, tiene definidos los accesos?	X		10	8	VB
4. ¿Existen listas del personal autorizado, que especifiquen los límites de su autorización; se las mantienen actualizadas y se verifican?		X	10	8	VB

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					
					CCI 1 4/4
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
5. ¿La información confidencial, se cifra para proteger su transmisión?	X		10	8	VB
6. ¿Se informa oportunamente a los funcionarios responsables de las operaciones, sobre los errores en que se incurre al procesar las transacciones correspondientes?	X		10	7	VB
7. ¿Se conservan copias de los respaldo de los archivos, programas y documentos relacionados?	X		10	8	VB
8. ¿Se han documentado debidamente los programas, aplicaciones y procedimientos que se emplean para procesar la información?		X	10	7	VB
9. ¿Se informa oportunamente a los usuarios sobre las deficiencias detectadas, se las investiga y se superan?		X	10	6	VB
TOTAL			380	279	

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 = \frac{279}{380} \times 100 = 73,72 \% \text{ Confianza Moderada y Riesgo Medio.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

En el componente de Ambiente de Control según la aplicación de la fórmula para obtener el nivel de confianza y nivel de Riesgo se encontró un 73,72%, que mediante el cuadro de determinación del nivel de Riesgo está dentro del rango Confianza Moderada y Riesgo Medio.

Evaluación de Riesgos

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					
					CCI 2 1/2
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
1. ¿La entidad ha establecido los objetivos, considerando la misión, las actividades y la estrategia para alcanzarlos?	X		10	9	VB
2. ¿Los objetivos son consistentes entre sí y con las regulaciones de creación de la entidad?	X		10	9	VB
3. ¿Las actividades principales, están orientadas al logro de los objetivos y se consideraron dentro del plan estratégico?	X		10	8	VB
4. ¿Al definir los objetivos, se incluyó los indicadores institucionales y las metas?		X	10	8	VB
5. ¿Se han determinado los recursos necesarios, para alcanzar las metas establecidas?	X		10	7	VB
6. ¿La entidad, ha realizado el mapa del riesgo considerando: factores internos y externos, puntos claves, interacción con terceros, objetivos generales y particulares, así como amenazas que se puedan afrontar?		X	10	7	VB
7. ¿Los perfiles de riesgo y controles relacionados, han sido continuamente revisados para asegurar que el mapa del riesgo siga siendo válido?		X	10	7	VB
8. ¿Existe un plan de mitigación de riesgos?		X	10	7	VB
9. ¿La administración ha valorado los riesgos considerando la probabilidad y el impacto?		X	10	8	VB

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					
					CCI 2 2/2
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
10. ¿Existen los respaldos necesarios de la información de la entidad, en caso de desastres?		X	10	5	VB
11. ¿Se han adoptado medidas para superar debilidades de control interno, detectadas en auditorías anteriores?	X		10	7	VB
12. ¿Las transacciones de la entidad, se sustentan con documentos originales o fotocopias?	X		10	7	VB
13. ¿Se realizan transacciones, sin la debida autorización?		X	10	9	VB
14. ¿Se han asignado actividades de control a personal nuevo, sin ser capacitado debidamente?		X	10	9	VB
15. ¿Se han instalado nuevos sistemas informáticos, sin efectuar las pruebas previas a su uso?		X	10	8	VB
TOTAL			150	115	

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 = \frac{115 \times 100}{150} = 76,67 \% \text{ Confianza Alta y Riesgo Bajo.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

En el componente de Evaluación de Riesgos según la aplicación de la fórmula para obtener el nivel de confianza y nivel de Riesgo se encontró un 76,67%, que mediante el cuadro de determinación del nivel de Riesgo está dentro del rango Confianza Alta y Riesgo Bajo.

Actividades de Control

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					CCI 3 1/2
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
1. ¿Se han definido procedimientos de control, para cada uno de los riesgos significativos identificados?	X		10	7	VB
2. ¿Los procedimientos de control son aplicados apropiadamente y comprendidos por el personal de la entidad?	X		10	6	VB
3. ¿Se realizan evaluaciones periódicas a los procedimientos de control?		X	10	6	VB
4. ¿Se realiza un control por área de trabajo, de la ejecución o desempeño comparado con el presupuesto vigente y con los resultados de ejercicios anteriores?		X	10	5	VB
5. ¿Se realizan informes objetivos y oportunos de los resultados obtenidos por la aplicación de los distintos controles establecidos?		X	10	6	VB
6. ¿Se ha establecido la rotación de labores, entre los servidores de la entidad?		X	10	5	VB
7. ¿Existe la debida separación de funciones incompatibles entre la autorización, registro y custodia de bienes?	X		10	7	VB
8. ¿Las operaciones de la entidad, se autorizan, efectúan y aprueban conforme a las disposiciones legales vigentes y a las instrucciones de las autoridades responsables de su administración?	X		10	8	VB
9. ¿Se han impartido por escrito, las actividades de cada área de trabajo?		X	10	8	VB
10. ¿Los directivos, han establecido procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones de la entidad?		X	10	8	VB
11. ¿La supervisión se realiza constantemente, con el fin de asegurar que se cumpla con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales?		X	10	7	VB
12. ¿Existe un flujo de información adecuado, entre las distintas áreas de la organización?	X		10	7	VB
13. ¿La documentación de la estructura del sistema de control interno y de las operaciones significativas, se encuentra disponible y debidamente archivada para su revisión?	X		10	8	VB

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					
					CCI 3 2/2
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
14. ¿La documentación de la estructura del sistema de control interno, incluye los controles automáticos de los sistemas informáticos?	X		10	6	VB
15. ¿La documentación de las operaciones es completa, oportuna y facilita la revisión del proceso administrativo, de principio a fin?	X		10	6	VB
16. ¿La documentación tanto física como magnética es accesible a la alta dirección, a los niveles de jefatura y supervisión, para fines de evaluación?	X		10	8	VB
17. ¿Los controles establecidos, aseguran que sólo son operaciones válidas aquellas iniciadas y autorizadas, por los niveles con competencia para ello?	X		10	9	VB
18. ¿La facultad de autorizar, ha sido notificada por escrito a los responsables?	X		10	8	VB
19. ¿El registro de las operaciones es oportuno y se encuentra debidamente clasificado, para facilitar la emisión de informes financieros?	X		10	9	VB
20. ¿Se han establecido medidas de protección para fondos, valores y bienes?	X		10	7	VB
21. ¿Está debidamente controlado, el acceso a los sistemas de información?	X		10	7	VB
22. ¿Se han establecido controles, que permitan detectar accesos no autorizados?		X	10	56	VB
TOTAL			220	153	

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 = \frac{153}{220} \times 100 = 69,54 \% \text{ Confianza Moderada y Riesgo Medio.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

En el componente de Actividades de Control según la aplicación de la fórmula para obtener el nivel de confianza y nivel de Riesgo se encontró un 69,54%, que mediante el cuadro de determinación del nivel de Riesgo está dentro del rango Confianza Moderada y Riesgo Medio.

Información y Comunicación

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					CCI 4 1/1
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
1. ¿El sistema de información computarizado, responde a las políticas que definen los aspectos de soporte técnico, mantenimiento y seguridad?	X		10	8	VB
2. ¿El sistema de información, cuenta con programas, aplicaciones y procedimientos documentados, así como con una segregación de funciones entre las distintas áreas administrativas?	X		10	6	VB
3. ¿Los sistemas de información y comunicación, permite a la máxima autoridad y a los directivos: identificar, capturar y comunicar información oportuna, para facilitar a los servidores cumplir con sus responsabilidades?	X		10	8	VB
4. ¿Los sistemas de información cuentan con controles adecuados?		X	10	7	VB
5. ¿La organización, ha establecido canales de comunicación abiertos para trasladar la información en forma segura?	X		10	8	VB
6. ¿Existe un mensaje claro de parte de la alta dirección, sobre la importancia del sistema de control interno y las responsabilidades de los servidores y servidoras?		X	10	6	VB
7. ¿Los mecanismos establecidos, garantizan la comunicación entre todos los niveles de la organización?	X		10	7	VB
8. ¿Se mantienen canales de comunicación, con terceros relacionados?		X	10	6	VB
TOTAL			80	56	

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 = \frac{56}{80} \times 100 = 70 \% \text{ Confianza Moderada y Riesgo Medio.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

En el componente de Información y Comunicación según la aplicación de la fórmula para obtener el nivel de confianza y nivel de Riesgo se encontró un 70%, que mediante el cuadro de determinación del nivel de Riesgo está dentro del rango Confianza Moderada y Riesgo Medio.

Seguimiento

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO					CCI 5 1/1
CUESTIONARIO	RESPUESTA				REALIZADO POR
	SI	NO	P	C	
1. ¿Se han efectuado las acciones correctivas, de las recomendaciones de los exámenes anteriores?	X		10	7	VB
2. ¿Los informes de auditoría, se presentan a las autoridades superiores responsables de establecer las políticas?	X		10	9	VB
3. ¿Se realiza el seguimiento y evaluación permanente del sistema del control interno, para determinar mejoras y ajustes requeridos?	X		10	8	VB
4. ¿Se utilizan indicadores para detectar ineficiencias, abusos o despilfarros?		X	10	6	VB
5. ¿Se considera la información de terceros, para verificar datos generados en la entidad?		X	10	6	VB
6. ¿Se verifica la eficacia de las actividades regulares de control, cuando se desarrollan y establecen nuevos sistemas de contabilidad o de información?	X		10	7	VB
7. ¿Se mejoran los sistemas de contabilidad e información, cuando el volumen y complejidad de las operaciones se incrementan significativamente?		X	10	7	VB
8. ¿El personal está obligado a hacer constar con su firma, que se han efectuado actividades esenciales para el control interno?		X	10	6	VB
9. ¿Se han definido herramientas de autoevaluación?		X	10	6	VB
10. ¿Las deficiencias detectadas durante el proceso de autoevaluación, son comunicadas inmediatamente a los niveles de decisión, para su corrección oportuna?	X		10	7	VB
TOTAL			100	69	

$$CP = \frac{CT}{PT} \times 100 = \frac{56}{80} \times 100 = 69 \% \text{ Confianza Moderada y Riesgo Medio.}$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

En el componente de Seguimiento según la aplicación de la fórmula para obtener el nivel de confianza y nivel de Riesgo se encontró un 69%, que mediante el cuadro de determinación del nivel de Riesgo está dentro del rango Confianza Moderada y Riesgo Medio.

3.1.2.4. Determinación de áreas Críticas

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 MATRIZ DE RIESGOS							MR 1/3
Riesgo	Impacto			Probabilidad			Observación
	L	M	G	PF	F	MF	
Las y los servidores públicos, no aplican correctamente el código de ética, para evitar conflicto de intereses.		5			7		
No se conocen las sanciones que da lugar a la falta de inobservancia del código de ética.	4				6		
No se han establecido por escrito las políticas para regular las relaciones de interacción, de la máxima autoridad con todo el personal encargado de la administración y con terceros relacionados.	4			4			
La planificación estratégica del Hospital no se encuentra actualizada, por lo tanto no está definida acorde al nuevo modelo de gestión.		6				8	
Los productos que se obtienen de las actividades de planificación (formulación, ejecución, seguimiento y evaluación), se documentan correctamente pero no se difunden a todos los niveles de la organización y en especial a la comunidad.			8			9	No se cumple con la ley de Transparencia y Acceso a la Información
El plan de capacitación para cada área no se ha planificado para contribuir a la formación de mejores empleados o trabajadores.		5			7		Solo se capacita a poco personal
El manual de procedimientos y funciones internas no está definido específicamente, se rigen por manuales generales.		6				8	Se rigen por reglamentos generales
Los manuales de procesos, reglamentaciones internas de cada departamento no han sido publicados para conocimiento de todos los servidores de la organización y de la comunidad.		6				8	No se cumple con la ley de Transparencia y Acceso a la Información
Las listas de personal autorizado, que especifican los límites de autorización, no están debidamente actualizadas.		7				9	

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
MATRIZ DE RIESGOS

MR
2/3

Riesgo	Impacto			Probabilidad			Observación
	L	M	G	PF	F	MF	
Los programas, aplicaciones y procedimientos que se emplean para procesar la información, no se han documentado debidamente.		5			6		
No se informa oportunamente a los usuarios sobre las deficiencias detectadas.		5				9	No se cumple con la ley de Transparencia y Acceso a la Información
El hospital no cuenta con indicadores institucionales.		7				8	
La entidad, no ha realizado el mapa del riesgo considerando: factores internos y externos, y amenazas.	2			4			
Los perfiles de riesgo y controles relacionados, no han sido continuamente revisados para asegurar que el mapa del riesgo.	4			4			
No existe un plan de mitigación de riesgos, para el área financiera, institucional.	3				5		
La administración no ha valorado los riesgos considerando la probabilidad y el impacto.	3			4			
No existen los respaldos necesarios de la información de la entidad, en caso de desastres.		6				9	
Se han instalado nuevos sistemas informáticos, sin efectuar las pruebas previas a su uso.		7				8	
No se realizan evaluaciones periódicas a los procedimientos de control.		5			6		
No se realiza un control por área de trabajo, de la ejecución o desempeño comparado con el presupuesto vigente y con resultados de ejercicios anteriores.	4				5		
De los resultados obtenidos por la aplicación de los distintos controles establecidos no se realizan informes objetivos y oportunos.	3			2			
La rotación de labores, entre los servidores del hospital no se ha establecido correctamente.		5			7		

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
MATRIZ DE RIESGOS

MR
3/3

Riesgo	Impacto			Probabilidad			Observación
	L	M	G	PF	F	MF	
Cada área de trabajo no cuenta con las actividades por escrito.	4					9	
Los directivos, no han establecido procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones de la entidad.	3				5		
La supervisión no se la realiza constantemente, para asegurar la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales.		5			7		
No se han establecido controles, para detectar accesos no autorizados.	3			4			
Los sistemas de información no cuentan con controles adecuados.	2			3			
No existe un mensaje claro de parte de la alta dirección, sobre la importancia del sistema de control interno y las responsabilidades de los servidores y servidoras.	2			4			
Los indicadores para detectar ineficiencias, abusos o despilfarros, no están establecidos.		5			6		
No se considera la información de terceros, para verificar datos generados en la entidad.	2			3			
Cuando el volumen y complejidad de las operaciones se incrementan significativamente no se mejoran los sistemas de contabilidad e información.	4				5		
El personal no está obligado a hacer constar con su firma, que se han efectuado actividades esenciales para el control interno.	2			4			
No se han definido herramientas de autoevaluación.	4					8	
TOTAL	53	85	8	36	72	93	

Impacto	Probabilidad
L: Leve	PF: Poco Frecuente
M: Moderado	F: Frecuente
G: Grave	MF: Muy Frecuente

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

3.1.2.5. Medición de Riesgos

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
EVALUACIÓN DE RIESGOS**

**ER
1/2**

Para la determinación del riesgo aplicaremos fórmulas de auditoría, a continuación se presenta el desarrollo de las mismas:

Impacto: $53 + 85 + 8 = 146$

Probabilidad: $36 + 72 + 93 = 201$

$$\text{Nivel de Riesgo} = \frac{\text{Impacto}}{\text{Probabilidad}}$$

$$\text{Nivel de Riesgo} = \frac{146}{201}$$

$$\text{Nivel de Riesgo} = 0,72636816 \times 100$$

$$\text{Nivel de Riesgo} = 72,64 \%$$

Determinación del Nivel de Riesgo

(Confianza)

BAJA	MODERADA	ALTA
15% - 50%	51% - 75%	76% - 95%
ALTO	MEDIO	BAJO

(Riesgo)

Según el estudio que se realizó al Hospital Provincial General Docente Riobamba, pero principalmente a los aspectos relacionados con el Departamento de Inventarios, se puede determinar que el nivel de riesgo es de 72,64%, que dada su calificación por medio del cuadro presentado, corresponde a un nivel de Confianza Moderada y Un nivel de Riesgo Medio, que quiere decir que el Hospital debe trabajar con mayor énfasis en las áreas como:

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
EVALUACIÓN DE RIESGOS**

**ER
2/2**

- Elaborar de la planificación estratégica anual, lo que guiará el rumbo de sus actuaciones, y analizar el grado de cumplimiento de las anteriores planificaciones estratégicas.
- Aplicar en todas y cada una de las áreas minuciosamente, el nuevo manual por Procesos para Hospitales Generales, emitido por el Ministerio de Salud Pública.
- Tener una cultura organizacional, fundamentada en principios, valores y código de ética debidamente establecido, aprobado y difundido entre todo el personal.
- Cumplir con las leyes, reglamentos, normas; como la Ley de Acceso a la información, para todos los servidores públicos, así como también para la comunidad.
- Establecer indicadores de gestión administrativos y financieros, actualmente se cuenta con indicadores de gestión hospitalaria.
- Medir el desempeño de las y los trabajadores, con indicadores de desempeño y de rendimiento; así como implementar un mecanismo de incentivo para el personal.
- Aplicar un plan anual de capacitaciones, para todo el personal, incluyendo fechas y temas a tratar, que necesiten ser actualizados y del conocimiento del personal, para que cumplan de manera objetiva las estrategias adoptadas en el hospital.
- Mantener por escrito las funciones de cada trabajador o empleado, no solo tácitamente o de manera verbal, se debe contar con la debida documentación por escrito, así se podrá asignar responsabilidades de una manera más idónea.
- Establecer una red de conectividad interna en cuanto a sistemas de computación, e información, entre todo el hospital, para así tener una mayor caracterización de los problemas y deficiencias que se pueden presentar en el laborar cotidiano.
- Mantener reuniones departamentales, por lo menos una vez al mes, y en estas analizar si los objetivos están siendo cumplidos debidamente y a cabalidad, cual es el rol de cada servidor en el cumplimiento de objetivos institucionales.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

3.1.2.6. Determinación de Alcance de Auditoría

Este trabajo de Auditoría de Gestión, se la realizará a las actividades del Departamento de Inventarios, dado que es un departamento que se interrelaciona con otros departamento, se analizara los procesos administrativos que se relacionan con el departamento de Inventarios en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

La Auditoría de Gestión examinará las prácticas de gestión, de cada proceso interviniente, los criterios de evaluación de han de diseñarse para cada caso específico, pudiéndose extender a casos similares.

3.1.2.7. Programas de Auditoría

En la elaboración del programa de Auditoría, se tomará en cuenta los aspectos necesarios para la ejecución del trabajo, desarrollando en forma secuencial, ordenada y cronológica los procedimientos a emplearse de acuerdo con los objetivos propuestos, en base a eficacia, eficiencia, economía, legalidad e impacto.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
PROGRAMA DE AUDITORÍA

PA
1/2

Objetivos:

- Obtener evidencia suficiente, competente, relevante y pertinente que permita conocer la situación del Departamento de Inventarios del HPGDR.
- Llevar a cabo la recopilación, registro y análisis de la información necesaria y suficiente para efectuar las pruebas de la auditoría, así como la evaluación de los resultados obtenidos.
- Analizar si se salvaguardan los recursos de manera eficiente, eficaz y económica.

Nº	PROCEDIMIENTO	REFERENCIA P/T	REALIZADO POR
1	Realice una entrevista a la máxima autoridad de la entidad para conocer en qué estado se encuentra el Departamento de inventarios, con fijación a la planificación estratégica.	PE1 1/6	VB
2	Efectúe una entrevista al Director de la Gestión Financiera Administrativa del Hospital, que regula en forma obligatoria la administración y control de activos fijos.	PE1 2/6	VB
3	Verifique mediante una entrevista a la persona responsable de activos fijos, si se lleva los registros de control de bienes de acuerdo a normas y disposiciones establecidas.	PE1 4/6	VB
4	Elabore una narrativa, para conocer como está conformado las instalaciones del Hospital, para verificar la situación de activos fijos.	PE2 1/3	VB
5	Proponga un flujograma de procesos para los ingresos y egresos de activos fijos y de control del Hospital.	PE3 1/1	VB

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
PROGRAMA DE AUDITORÍA**

**PA
2/2**

6	Elabore y aplique cuestionarios de Control Interno, para el Hospital pero dando énfasis en el área a examinar como es el Departamento de Inventarios.	<p>CCI1 1/4 CCI2 1/2 CCI3 1/2 CCI4 1/1 CCI5 1/1</p>	VB
7	Evalúe el nivel de riesgo, con la calificación obtenida de los cuestionarios de control interno, aplicando fórmulas de auditoría.	ER 1/2	VB
8	Redacte los hallazgos de AUDITORÍA encontrados, mediante la evaluación del Control Interno.	HA 1/12	VB
9	Establezca indicadores de gestión, para conocer el grado de cumplimiento de la normativa aplicable a Inventarios y verifique la eficiencia y eficacia en las operaciones.	IG 1/4	VB
10	Mediante una matriz, establezca las conclusiones y recomendaciones de la evaluación de los componentes de Control Interno.	ECI 1/5	VB
11	Elabore el Informe de Auditoría, como resultado del trabajo de Auditoría, con recomendaciones para el área examinada.	IA	VB

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

3.2. Ejecución de la Auditoría

En esta etapa, se ejecuta la parte principal del trabajo de Auditoría, es donde vamos a obtener las conclusiones del trabajo realizado en la fase de planificación, analizando la información que nos ha sido entregada, para obtener así los hallazgos de Auditoría y poder establecer los indicadores de gestión que nos permitirán evaluar en qué situación se encuentra el Departamento de Inventarios, para poder proponer las conclusiones y recomendaciones aplicables al área.

3.2.1. Obtención de Evidencias

La obtención de evidencias es una parte fundamental del trabajo del Auditor, ya que se debe tener en cuenta que la información obtenida sea veraz, oportuna y competente. Con la información obtenida en la fase de planificación, la cual ha sido obtenida mediante la aplicación de técnicas de AUDITORÍA, como narrativas, entrevistas, verificación ocular y testimonial, visitas a las instalaciones y la técnica fundamental que son los cuestionarios de control interno, se tiene los hallazgos de Auditoría que se presentan a continuación:

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
1/12

HALLAZGO N°1

TÍTULO: INEXISTENCIA DE UN MANUAL DE FUNCIONES

Condición:

El departamento de Inventarios, en lugar de contar con un Manual de Funciones Interno, cuenta con el Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, el cual fue elaborado como base para los Hospitales, pero el Hospital debía elaborar su propio reglamento.

Criterio:

El Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, en su capítulo IV sobre responsabilidades y sanciones, Art. 8; establece que se debe encargar las funciones de Jefe de Activos Fijos o quien haga sus veces, para el control de los bienes de acuerdo a su estructura organizacional. Por lo tanto la implementación formal de un Manual de Funciones, es de mucha utilidad para lograr una eficiente administración fundamentalmente a nivel operativo.

Causa:

El Gerente General no ha establecido responsables para la elaboración de un Manual de Funciones Interno para el Departamento de Inventarios, en su lugar toman como Manual de Funciones al expedido por el Ministerio de Salud Pública, el mismo que no ha sido actualizado ya que se lo emitió en el año 2009.

Efecto:

Debido a que los empleados tienen amplio conocimiento de las actividades, no existen aspectos significativos, pero se podría exponerlos a que por falta de delimitación de funciones y responsabilidades ejerzan actividades compartidas, que no solo ocasionan pérdidas de tiempo sino también la disolución de responsabilidades. Por otro lado se ve afectado el rendimiento de los empleados nuevos que no cuentan con una guía para el desempeño de sus funciones.

Conclusiones:

La elaboración incompleta, además de la escasa actualización y difusión del Manual de funciones ha ocasionado que los empleados no le den la debida importancia y desarrollen sus actividades solamente basados en la experiencia y necesidades del puesto de trabajo que ocupan.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
2/12

HALLAZGO N°1

TÍTULO: INEXISTENCIA DE UN MANUAL DE FUNCIONES

Recomendaciones:

Al Gerente General: Dispondrá a la Responsable del Departamento de Inventarios la elaboración de un Manual de Funciones completo que integre la descripción de funciones, responsabilidades, procedimientos y normas administrativas, y a la vez que adopte las medidas necesarias para lograr:

- Facilitar al personal la comprensión de los objetivos, metas y estrategias implementados en la entidad.
- Asegurar y facilitar al personal la información necesaria para realizar las labores que les han sido encomendadas.
- Facilitar la selección de nuevos empleados y proporcionarles los lineamientos necesarios para el desempeño de sus atribuciones.
- Constituir una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los procedimientos.
- Servir de base para la capacitación del personal.
- Comprender el plan de organización por parte de todos sus integrantes, así como de sus propios papeles y relaciones pertinentes.
- Regular el estudio, aprobación y publicación de las modificaciones y cambios que se realicen dentro de la organización en general o alguno de sus elementos componentes.
- Determinar la responsabilidad de cada puesto de trabajo y su relación con los demás integrantes de la organización.
- Delimitar claramente las responsabilidades de cada área de trabajo y evitar los conflictos internos.

Todo esto con el fin de lograr uniformidad en los procedimientos de trabajo, la eficiencia y la calidad esperada en los servicios prestados.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
3/12

HALLAZGO Nº2

TÍTULO: INEXISTENCIA DE EVALUACIONES PERIÓDICAS DE CONTROL INTERNO

Condición:

No existen evaluaciones periódicas formalmente establecidas de control interno en ninguna de las áreas, solamente se las realiza cuando la Contraloría General del Estado interviene como ente regulador.

Criterio:

La norma de Control Interno 110 – 07 EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO expresa que: La máxima autoridad de cada entidad dispondrá por escrito que cualquier funcionario que tenga a su cargo un programa, proceso o actividad, periódicamente evalúe la eficiencia del control interno y comunicará los resultados ante quien es responsable. Consecuentemente la entidad debe evaluar periódicamente el control interno, en cada área como una guía para ofrecer un servicio óptimo.

Causa:

El Gerente General no ha dado la debida importancia a la evaluación del control interno a través de un documento impreso y difundido entre los trabajadores y empleados.

Efecto:

Los empleados al no contar con evaluaciones periódicas de control interno, existe el riesgo de que las operaciones no se realicen de manera adecuada, ocasionando un riesgo operativo, lo que dificulta el cumplimiento de objetivos planteados en las proyecciones de la entidad.

Conclusiones:

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, no cuenta con evaluaciones periódicas de control interno, lo que ocasiona que se incremente el riesgo operativo al dejar que los empleados además de las instrucciones que han sido verbalmente expuestas impongan sus criterios en base a las necesidades de cada área.

Recomendaciones:

Al Gerente General.- Formulará un calendario de evaluación de control interno en cada área, y las emitirá formalmente en un informe para conocer las deficiencias que se presentan en cada servicio, para el conocimiento y correcta aplicación de todos los empleados y trabajadores.

Al Gerente General.- Creación del departamento de AUDITORÍA Interna, dado que la entidad es grande, se necesita de un departamento independiente que evalúe las operaciones del Hospital, y poder ir alcanzando el mejoramiento continuo de calidad.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
4/12

HALLAZGO N°3

TÍTULO: FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL

Condición:

La entidad no tiene implementado un plan de capacitación para todos los servidores públicos y solamente son capacitados los directores de línea de acuerdo a necesidades inmediatas.

Criterio:

La norma de control interno 300-04 CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PERMANENTE nos dice que: La capacitación es un proceso continuo de orientación - aprendizaje, mediante el cual se desarrollan las habilidades y destrezas de los servidores, que les permitan un mejor desempeño en sus labores habituales. Puede ser interna y externa, de acuerdo a un programa permanente, aprobado y que pueda brindar aportes a la institución. El hospital emitió en su planificación estratégica la ejecución de un plan de capacitación continua sobre trabajo en equipo y motivación, mediante la capacitación constante de sus empleados logrando que estén preparados para el aseguramiento de la calidad.

Causa:

Por falta de planificación de los directores anteriores no se implementa el plan de capacitación continua sobre trabajo en equipo y motivación al personal previsto para el año 2010, por lo tanto no se imparten las capacitaciones pertinentes a todos los empleados y trabajadores.

Efecto:

Los empleados del hospital no están capacitados correctamente, por lo tanto no están actualizados en temas correspondientes a cada área. Disminuye el tiempo de respuesta a los pacientes mientras solicitan asesoramiento a los directores acerca de las características, novedades o soluciones que presenten los servicios.

Conclusiones:

La empresa no tiene implementado un plan de capacitación para los empleados de todas la área, lo que ocasiona que no se atienda a los requerimientos con las soluciones completas y se involucre mayor tiempo para dar respuesta mientras se recibe asesoramiento por parte de los directores.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
5/12

HALLAZGO N°3

TÍTULO: FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL

Recomendaciones:

A los Directores de cada uno de los departamentos del Hospital: Planificarán, Elaborarán e Implementarán un plan de capacitación continua sobre el trabajo en equipo y motivación, con la frecuencia y temática considerada necesaria, para mejorar el desempeño, motivación y habilidad de los empleados, que incluya la reunión del personal para intercambiar ideas, escuchar sugerencias e identificar las mayores debilidades presentadas con el fin de direccionar su capacitación y fortalecer al equipo de trabajo para lograr cumplir los objetivos y estrategias del Departamento de Inventarios y del Hospital.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
6/12

HALLAZGO Nº4

TÍTULO: FALTA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL

Condición:

No se efectúan evaluaciones independientes del desempeño en las operaciones del personal, observando eficiencia, eficacia y economía.

Criterio:

La norma de control interno 300 – 05 ROTACIÓN, EVALUACIÓN E INCENTIVOS manifiesta que: La evaluación de personal es de importancia vital y será efectuada por el jefe que directamente supervisa la labor del servidor con la participación de la Dirección de Recursos Humanos, quienes deben apreciar objetivamente su desempeño, a efecto de no distorsionar la información que frecuentemente se consigna en los formatos de evaluación. Por lo tanto las prácticas administrativas involucran evaluaciones del desempeño para el personal como una herramienta que permite un espacio de comunicación entre las autoridades y los trabajadores trayendo como conclusión la generación de entusiasmo para el desarrollo de habilidades.

Causa:

El Gerente General no ha implementado un plan de evaluación del desempeño personal que le permita medir y evaluar si las operaciones se están cumpliendo dentro de los parámetros de eficiencia, eficacia y economía en la aplicación de recursos de la entidad.

Efecto:

No se tiene una estimación exitosa de los factores que involucran el accionar del equipo de trabajo tales como: percepción de su papel dentro del departamento, la actitud que muestra frente al trabajo, el nivel de habilidades de cada persona, la motivación en su puesto de trabajo y las variables organizacionales y ambientales que le rodean, por lo que no se puede implementar aspectos para mejorar su desempeño.

Conclusiones:

El hecho de que no se efectúen revisiones independientes al desempeño del personal, ocasiona que no se tenga una estimación objetiva de su accionar, además de que no se pueden implementar aspectos para afirmar sus fortalezas y eficiencias actuales y tampoco mejorar el desempeño de sus puntos débiles.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
7/12

HALLAZGO N°4

TÍTULO: FALTA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL

Recomendaciones:

Al Gerente General.- Elaborará o encomendará a la persona pertinente la elaboración de un plan para medir el desempeño del personal en su puesto de trabajo, el mismo que podría incluir objetivos como:

- Detectar necesidades de adiestramiento y capacitación.
- Detectar el potencial de desarrollo de los empleados.
- Decisiones de ubicación (promociones y ascensos).
- Aplicar incentivos salariales por buen desempeño (Políticas de compensación).
- Mejorar la comunicación entre jefes y empleados.
- Lograr el auto-perfeccionamiento de los empleados.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
8/12

HALLAZGO N°5

TÍTULO: FALTA DE EJECUCIÓN EN LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Condición:

Existe falta de ejecución de la planificación estratégica y objetivos establecidos sin características definidas, (los objetivos del Hospital son tomados del Estatuto de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública), no se ha establecido el comité pertinente para la ejecución del plan estratégico, ni tampoco se ha verificado si se cumplió con las metas propuestas en anteriores años.

Criterio:

Todas las instituciones públicas deben realizar la planificación estratégica y la planificación operativa anual de acuerdo al Plan de Desarrollo y Plan Plurianual de Gobierno. Con una planificación estratégica establecida para cada año se crea lineamientos para el desarrollo de la entidad y se cumple con los objetivos planteados, además se verifica si los procesos se están realizados acorde al aseguramiento de la calidad de los servicios hospitalarios.

Causa:

Desorganización por parte de la gerencia y los responsables de cada área, de la elaboración de la planificación estratégica para cada año, por ende incumplimiento de objetivos y estrategias establecidos.

Efecto:

Incumplimiento de objetivos y estrategias de la entidad, no se tiene lineamientos para mejorar los procesos administrativos, no se actualiza debidamente las actividades acorde al nuevo modelo de gestión.

Conclusiones:

Debido a la desorganización por parte de la máxima autoridad no se ha estructurado una debida planificación estratégica, que principalmente se encuentre actualizada e implantada en cada Departamento o Servicio del Hospital.

Recomendaciones:

Al Gerente General.- Reestructurar la planificación estratégica y elaborarla para cada año con el fin de cumplir con los objetivos propuestos por la empresa y asegurarse de que sea implementada y cumplida a cabalidad.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
9/12

HALLAZGO N°6

TÍTULO: NO SE APLICAN INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL ÁREA FINANCIERA - ADMINISTRATIVA

Condición:

Dentro del HPGDR, se cuenta con indicadores de gestión hospitalarios, para medir la atención a pacientes del Hospital, pero no se cuenta con indicadores de gestión para el área administrativo – financiera.

Criterio:

La norma de control interno 110 – 04 INDICADORES DE GESTIÓN expresa: Si la máxima autoridad o el grupo planificador no encuentran los indicadores que permitan valorar los avances y logros de la acción institucional, será necesario desarrollar sus propios indicadores, aportando a la conformación de un banco de indicadores y a su mayor seguridad en los procesos de valoración y evaluación de planes, programas y proyectos sociales. Se debe implementar el uso de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera del hospital para medir de forma cualitativa y cuantitativa, el grado de cumplimiento de actividades en la ejecución de las operaciones.

Causa:

La falta de aplicación de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, por parte de la máxima autoridad que solo evalúa los indicadores hospitalarios.

Efecto:

Sin la existencia de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, no se puede contar con información veraz en el cumplimiento de metas y objetivos propuestos en términos de eficiencia, economía, efectividad e impacto de las operaciones.

Conclusión:

No se mantiene un registro actualizado del cumplimiento de las operaciones, ya que no se han implementado indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, lo que genera incertidumbre en el resultado de las operaciones establecidas, no se sabe si su resultado fue positivo o negativo.

Recomendación:

Al Gerente General.- Asignar un grupo de personal que elabore los indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, de manera independiente y verificando que la información obtenida sea veraz, oportuna y eficiente.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
10/12

HALLAZGO Nº 7

TÍTULO: INEFICIENTE CONTROL DE SISTEMAS INFORMÁTICOS

Condición:

No se cuenta con un debido control con respecto a los sistemas informáticos dentro del Hospital, cada área maneja los programas de acuerdo a su especialidad, y estos no se encuentran interconectados por medio de una red interdepartamental.

Criterio:

La norma de control interno 400 – 03 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO enuncia Para los sistemas incorporados a su gestión, en cada entidad se elaborarán procedimientos formales y detallados del funcionamiento y operación, tanto a nivel de usuarios como de la unidad de sistemas de información computarizados. Los sistemas en operación se someterán a constantes pruebas y evaluaciones para identificar inconsistencias o inconformidades respecto a su funcionamiento. Para solucionar estas deficiencias se aplicarán los procedimientos de mantenimiento de los sistemas, los mismos que serán definidos por la entidad.

Causa:

El ineficiente control de los sistemas informáticos, crea conflictos en la comunicación de los departamentos, creando distorsión de la información, y que cada departamento busque crear sus soluciones como organismo independientes del resto del hospital.

Efecto:

La falta de control de los sistemas informáticos, crea oportunidades de fraude dentro de las áreas, al no contar con información interrelacionada y actualizada.

Conclusiones:

Por el ineficiente control de los sistemas informáticos, se puede ocasionar cuellos de botella con respecto a la información obtenida en cada departamento, además no se mantiene un cuadro de dialogo abierto para el personal de la entidad.

Recomendaciones:

Al gerente general.- Establezca el personal adecuado para implementar adecuados control de los sistemas de información. Además implemente una red de conectividad interna con la ayuda del personal de Informática y TIC'S del Hospital, para que construya una red interdepartamental con el fin de que el Hospital funcione como uno solo y no como islas separadas.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
11/12

HALLAZGO Nº 8

TÍTULO: INCUMPLIMIENTO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Condición:

No se establecen mecanismos de información a los usuarios internos y externos del Hospital Provincial General Docente Riobamba, la información acerca del Hospital esta publicada en la página web, pero no es suficiente y peor aún actualizada.

Criterio:

La norma de control interno 130-04 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN expresa que: La obtención de información externa e interna, facilita a la alta dirección preparar los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información de las entidades públicas deben estar publicadas en las páginas web para el conocimiento de la comunidad, o en las instalaciones de las mismas en lugares visibles, se debe dar el acceso necesario a la información para los usuarios internos y externos con el fin de conocer en qué estado se encuentran las entidades públicas y verificar si se salvaguardan los recursos del estado.

Causa:

El personal del HPGDR, no cumple con las normas establecidas de acceso a la información a la comunidad, ni a los empleados de otras áreas.

Efecto:

El no acceso a la información, implica que los usuarios internos y externos tengan desconocimiento del estado actual de la entidad lo que ocasiona que la misma se encuentre desactualizada, y se incumplan con normas y reglamentos establecidos para el manejo de la información.

Conclusiones:

Trabajadores y empleados de la entidad no brindan el acceso necesario de la información requerida por el mismo personal de otras áreas y la comunidad en si tiene desconocimiento de puntos principales como misión y visión del Hospital.

Recomendaciones:

Al gerente general.- Brindar la información necesaria a los usuarios internos y externos colocando en lugares visibles de la entidad letreros o gigantografías, puntos clave como: misión, visión, principios, valores, objetivos, etc.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
HALLAZGOS DE AUDITORÍA

HA
12/12

HALLAZGO Nº 9

TÍTULO: NO SE ASIGNAN RESPONSABLES EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Condición:

No se exige la firma de responsabilidad en los trabajos designados el personal, no se asigna la responsabilidad debida en el cumplimiento de las operaciones.

Criterio:

La norma de control interno 130-01 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL AMBIENTE DE CONTROL en su inciso de: Asignación de Autoridad y Responsabilidad declara que: La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas conexas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades, objetivos, funciones operativas y requisitos regulatorios, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios. En cada actividad o realización de las operaciones de la entidad se debe hacer referencia de la persona que elaboró dicha actividad para conocer el responsables de la realización, con el fin de que en el caso de errores se puede pedir el cambio inmediato, y así no se desperdicia tiempo en encontrar a la persona responsable.

Causa:

Cada persona cuando realiza una actividad o reporte no está obligada a poner su firma de responsabilidad o sus iniciales para saber qué persona lo realizo.

Efecto:

Incumplimiento en los deberes designados al personal, mala ejecución del trabajo, inobservancia de reglamentos, normas y leyes.

Conclusiones:

La no asignación de responsabilidades, en la realización de las actividades y operaciones de cada área, origina que se incumplan leyes, reglamentos y normas.

Recomendaciones:

A los directores departamentales.- Establecer responsables en las actividades de cada área por escrito, y aplicar la responsabilidad adquirida en cada trabajo poniendo su firma de responsabilidad para comprobar que las responsabilidades se están cumpliendo de acuerdo a lo establecido.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

3.2.2. Indicadores de Gestión

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 INDICADORES DE GESTIÓN						
						IG 1/4
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES						
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia	Fuente de Información	Resultado	Interpretación
Ejecución de Proyectos.	Total de proyectos concertados/ Total de proyectos en ejecución	%	Mensual	POA	Índice = (5/5)x 100 Índice = 100 %	En lo que respecta el cumplimiento de proyectos se lo cumple en un 100% ya que es con ayuda del estado y todo lo que se presupuesta debe ser utilizado en cada ejercicio.
Personal capacitado.	Nº de personal capacitado/ Nº de personal	%	Semestral	Departamento de Docencia e Investigación.	Índice = (50 / 619) x 100 Índice = 8,07 %	La capacitación al personal no se ha cumplido de manera eficaz ya que solo el 8,07% del personal se encuentra capacitado en actividades específicas.
Nivel de satisfacción del usuario.	Nº de reclamos atendidos/ Nº de reclamos	%	Mensual	Departamento de Admisión.	Índice = (12/35)x 100 Índice = 34,28 %	En atención al usuario el Hospital lo hace con un grado de satisfacción del 34,28 %.
Uso de materiales.	Cantidad de bienes usados/ Cantidad de bienes en bodega	%	Semestral	Bodega de la entidad.	Índice = (450/500)x 100 Índice = 90 %	Para el correcto uso de los recursos públicos el Hospital tiene un 90% de uso lo que quiere decir que se usa de manera efectiva.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
INDICADORES DE GESTIÓN

IG
2/4

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia	Fuente de Información	Resultado	Interpretación
Grado de compromiso de los empleados.	Iniciativas puestas en práctica / Iniciativas de coordinadores	%	Mensual	Coordinadores de cada departamento.	Índice = $(10/15) \times 100$ Índice = 87 %	Las iniciativas de los empleados se toman en cuenta en un 87% ya que es muy difícil ponerlas en práctica por la autorización de la máxima autoridad.
Grado de responsabilidad del personal.	Llamadas de atención /Número de personal	%	Mensual	Departamento de Talento Humano.	Índice = $(5/619) \times 100$ Índice = 0,80 %	Los valores éticos en los empleados del Hospital son buenos ya que en llamadas de atención solo se presenta un 0,80% del personal.
Acceso a la información.	Respuestas a Usuarios / Información requerida	%	Mensual	Departamento de Admisión.	Índice = $(15/32) \times 100$ Índice = 46,87 %	El acceso a la información del Hospital no se cumple mediante lo que dispone la Ley de Transparencia y acceso a la información ya que la información requerida se la da en un 46,87%.
Adecuado uso de sistemas informáticos.	N° de inquietudes del sistema informático/ N° de usuarios del sistema informático.	%	Mensual	TIC'S	Índice = $(410/525) \times 100$ Índice = 78,09 %	El personal que debe trabajar con el sistema informático implementado el Hospital se encuentra totalmente capacitado en un 78,09%.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
INDICADORES DE GESTIÓN

IG
3/4

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia	Fuente de Información	Resultado	Interpretación
Bienes adquiridos	Nº de Bienes entregados / Nº de bienes solicitados	%	Anual	PAC	Índice = $(4.800/5.000) \times 100$ Índice = 96 %	La cantidad de bienes adquiridos dentro del Departamento se cumple con el 96%
Constataciones físicas	Nº de constataciones realizadas / Nº de Constataciones propuestas	%	Anual	Departamento de Inventarios	Índice = $(2/4) \times 100$ Índice = 50 %	Las constataciones físicas de los inventarios se cumplen en un 50% de acuerdo a las planificadas por el Departamento.
Entrega de Bienes	Nº de bienes devueltos por mal estado / Nº de bienes entregados	%	Mensual	Actas de Entrega / Recepción	Índice = $(3/18) \times 100$ Índice = 16,67 %	La entrega de bienes se la hace de manera satisfactoria ya que de los bienes entregados solo el 16.67% es devuelto por mal estado
Requisición de Materiales	Pedidos recibidos fuera de Tiempo / Total de pedidos recibidos	&	Cuatrimestral	Bodega general	Índice = $(5/28) \times 100$ Índice = 17,85 %	Los departamentos requieren de material luego de ya haber hecho el pedido correspondiente en un 17.85%; lo que puede ocasionar demoras en la atención al usuario

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
INDICADORES DE GESTIÓN

IG
4/4

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Frecuencia	Fuente de Información	Resultado	Interpretación
Cumplimiento de despachos	N° de despachos cumplidos a tiempo / N° de despachos requeridos	%	Mensual	Bodega General	Índice = $(20/28) \times 100$ Índice = 71,43 %	Los despachos a tiempo de materiales a cada departamento se cumple en un 71.43%, esto quiere decir que se necesita más agilidad en los despachos.
Caducidad de medicamentos	N° de medicamentos devueltos / N° de medicamentos	%	Mensual	Farmacia	Índice = $(20.000/180.000) \times 100$ Índice = 11,11 %	La eficiencia en el control de medicamentos caducados es buena ya que se devuelve a bodega general solo en 11.11% de los medicamentos.
Inventario de Activos Fijos	N° de activos fijos referenciados/ N° total de activos fijos	%	Anual	Departamento de Inventarios	Índice = $(1.800/22.084) \times 100$ Índice = 8.15 %	Los activos fijos faltan por ser referenciados en un 8.15% del total de activos fijos que se encuentran en el Hospital

3.2.3. Resumen de la evaluación de los componentes de Control Interno.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS AUDITORÍA DE GESTIÓN PERIODO: 2011 AMBIENTE DE CONTROL		
		ECI 1/5
	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Integridad y valores éticos	Existe un código de conducta realizado por el Ministerio de Salud Pública, sin embargo no existe un manual de valores éticos donde se dé a conocer al personal que labora en la entidad.	Deberá realizarse un manual de conducta formalmente establecido en el cual se inculque la integridad que es un requisito previo para el comportamiento ético. La imagen que proyecta la entidad ante los demás debe ser de integridad en todas sus actividades para brindar un servicio de calidad.
Compromiso por Competencia Profesional	La competencia profesional del hospital se mide mediante la escala de remuneraciones, que da a cada empleado una remuneración diferente por cada título o capacitación conseguida.	Poner en práctica el plan de capacitación del personal dependiendo del área de trabajo que va a desarrollar brindando un servicio de calidad
Comité de aseguramiento de la calidad	Se efectúan reuniones mensuales para conocer las opiniones e iniciativas de los Coordinadores de cada área, de manera oportuna y eficiente en la supervisión de objetivos.	Si se cuenta con informes entregados a los directivos de la entidad emitidos por cada departamento con el fin de evaluar la planificación y los objetivos si se han cumplido o no.
Filosofía de Dirección y Estilo de Gestión	La filosofía y el estilo de gestión que mantiene la dirección no son adecuados, el personal no rota. El personal ejecuta sus responsabilidades de manera correcta garantizando la prestación correcta de la información financiera y salvaguardar de los activos.	Deberá efectuar la rotación de funciones al año, con la finalidad de que los servidores de la entidad sean multidisciplinarios. Aclarar todas las dudas que se mantengan en la organización con respecto a la información y escuchar criterios con el fin de llegar a establecer mejoras.
Elaborado por: Valeria Barreno M. Revisado por: Ing. Napoleón Cadena		

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
EVALUACIÓN DE RIESGOS**

**ECI
2/5**

	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Cumplimiento de metas y objetivos Institucionales	El Hospital tiene como objetivos y metas institucionales los emitidos por el Ministerio de Salud Pública en el Estatuto de Gestión por procesos.	Se debe realizar los objetivos y metas institucionales dentro del Hospital, aplicando al entorno organizacional de la nueva gestión por procesos.
Misión y Visión	La misión y visión creada para el HPGDR muestra al hospital como una entidad constituida con valores y principios establecidos en todos los servidores.	Aplicar la misión y visión institucional, están direccionadas a crear una Hospital de calidad y brindar un servicio oportuno, con personal capacitado.
Plan de mitigación de Riesgos	Los planes de mitigación de riesgos están enfocados a la prevención de enfermedad y evitar epidemias, en si se lo ha establecido en la actividad principal del Hospital.	Se recomienda crear un plan de mitigación de riesgos para el área administrativa-financiera, ya que es un núcleo muy importante para el funcionamiento de las operaciones hospitalarias.
Indicadores de gestión	Lo que ocurre con el plan de mitigación de riesgos, también sucede con los indicadores de gestión todos están direccionados al área hospitalaria.	Los indicadores de gestión son de fundamental importancia, ya que nos permite medir en forma cualitativa o cuantitativa como está funcionando el área, se debe implementar indicadores de gestión en el área Administrativa-Financiera.
Elaborado por: Valeria Barreno M. Revisado por: Ing. Napoleón Cadena		

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
ACTIVIDADES DE CONTROL

ECI
3/5

	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Procedimientos de control	Existe una adecuada colaboración por parte de todas las personas de la entidad. La documentación es revisada constantemente y su contabilización se realiza al momento en que suceden las transacciones.	Seguir con el mecanismo de control de documentación, contar con un archivo documental e informático de las actividades que se realizan a diario en el Hospital, pero tratar de tener los archivos consolidados con responsabilidad de dos personas diferentes.
Evaluaciones periódicas	No se establecen mecanismos de evaluaciones periódicas al personal, en cada proceso, se cuenta con la evaluación por parte de las Auditorías Externas, realizadas por la Contraloría General del Estado.	Se recomienda a cada Coordinador Departamental evaluar a su personal por los menos una vez al mes, teniendo en cuenta parámetros de eficiencia, eficacia y economía de las operaciones, con el propósito de salvaguardar los recursos públicos.
Rotación de labores	El personal no es multidisciplinario, se cuenta con el personal encargado de un área específica desde que entro a laborar en el Hospital, ya sea meses o incluso años de labores.	La rotación de labores es una buena estrategia de cambio dentro de la institución ya que se evita el posible fraude, además como aspecto sobresaliente es que el personal está capacitado en las distintas áreas.
<p>Elaborado por: Valeria Barreno M. Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.</p>		

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**ECI
4/5**

	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Información	Dentro del hospital se maneja la información interdepartamental con memorándums, y se la archiva de manera cronológica y ordenada.	Deberá toda la organización conocer la importancia de estar al tanto de lo que pueda suceder dentro y fuera de la entidad, ya que podría ayudar al sistema de información para detectar ciertas situaciones de interés.
Comunicación	La comunicación entre los servidores y los integrantes del equipo de AUDITORÍA se la maneja correctamente ya que se proporciona la información requerida de forma inmediata.	Brindar información que requieran los auditores de externos para facilitar el entendimiento de las operaciones de la entidad y verificar si se está dando cumplimiento al presupuesto y control establecido.
Canales de comunicación	La comunicación de la entidad no es tan oportuna y veras entre los departamentos por lo tanto entre la cadena de mando no está correctamente establecida.	Se debe especificar la cadena de mando de la entidad, para conocer la información interna y externa de forma oportuna y verazmente.

Elaborado por: Valeria Barreno M.

Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
SEGUIMIENTO**

**ECI
5/5**

	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Acciones correctivas	Mediante los informes de auditorías anteriores, se han establecidos las acciones correctivas de las deficiencias encontradas.	Se recomienda seguir aplicando las acciones correctivas con el fin de prevenir las deficiencias que se puedan presentar en el accionar diario de la entidad.
Actividades de Monitoreo	Los informes que provienen de fuentes externas son tomados en cuenta para el hallazgo y reporte de deficiencias. Se comunican las deficiencias de control al nivel inmediato superior para que se tomen las medidas necesarias.	Garantizar que el máximo nivel de la entidad tenga el conocimiento necesario sobre deficiencias encontradas en la organización, de modo que se actúe rápidamente ante el hallazgo de deficiencias.
Reporte de Deficiencias	Se comunican los hallazgos de deficiencia a los superiores inmediatos de cada departamento, mediante un informe de hallazgo.	El coordinador departamental realizará por su cuenta inspecciones esporádicas del desempeño de los trabajadores de la entidad con la finalidad de comprobar las evaluaciones efectuadas por la administración.
<p>Elaborado por: Valeria Barreno M. Revisado por: Ing. Napoleón Cadena.</p>		

3.3. Comunicación de Resultados

En la redacción del informe de auditoría de gestión, al igual que de otro tipo de auditoría, se observará las normas nacionales e internacionales y demás disposiciones emitidas para el efecto y presentará una estructura en la cual se establezcan los hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

En la fase de comunicación de resultados, se mantendrá informada a la administración de la entidad permanentemente, sobre las observaciones encontradas durante la ejecución del examen, con la finalidad de obtener los justificativos y comentarios pertinentes, previo a la elaboración del informe final.

Además de los informes parciales que pueda emitirse, como aquel relativo al control interno, se preparará un informe final, el mismo que en la auditoría de gestión difiere, pues no solo que revelará las deficiencias porque en el informe de auditoría de gestión, en la parte correspondiente a las conclusiones se expondrá en forma resumida, el precio del incumplimiento con su efecto, y las causas y conclusiones para el cumplimiento de la eficiencia, eficacia y economía en la gestión y uso de los recursos de la entidad auditada.

3.3.1. Informe Final de Auditoría

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DEPARTAMENTO DE INVENTARIOS
AUDITORÍA DE GESTIÓN
PERIODO: 2011
INFORME FINAL DE AUDITORÍA**

IA

Riobamba

Señor

Gerente General del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Presente.-

De mi consideración:

He auditado la gestión de los procesos administrativos del Departamento de Inventarios del Hospital Provincial General Docente Riobamba, por el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2011, siguiendo las normas de auditoría que exigen que el auditor obtenga un conocimiento global y detallado de los procesos que se auditen. Mi responsabilidad es expresar una opinión acerca de la Administración realizada en el departamento de Inventarios basada en mi trabajo de AUDITORÍA.

Mi auditoría de gestión fue realizada de acuerdo a las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, Normas de Control Interno y en base a la Guía metodológica de AUDITORÍA de Gestión emitida por la Contraloría de General del Estado. Estas normas requieren que la AUDITORÍA sea planificada y ejecutada con el fin de obtener resultados de las fases anteriores, basados en procesos y actividades. Estas actividades examinadas no contienen exposiciones erróneas de carácter significativo, igualmente, que las operaciones a las cuales

corresponden se hayan efectuado de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, políticas y demás normas aplicables.

La información, actividades y procesos ejecutados son de responsabilidad de la administración de la entidad. Mi responsabilidad es expresar una opinión sobre si la información, actividades y procesos presentados y desarrollados se los realizan y ejecutan de manera adecuada con base a la AUDITORÍA.

Se analizó como componente al Departamento de Inventarios, mediante cuestionarios, entrevistas, narrativas, flujograma de procesos del componente examinado, revisión, observación y evaluación de documentos, archivos, actividades y procesos seleccionados.

El objetivo del control interno es proporcionar a la administración de la Entidad una garantía para el logro de los objetivos y estrategias institucionales, incluidos en las categorías de eficiencia, eficacia y economía de las operaciones, así como el cumplimiento de normas, resoluciones, leyes, reglamentos y políticas, considerando que solo pueden aportar un grado de seguridad razonable, pero no la seguridad total del desarrollo de la gestión administrativa del departamento de Inventarios.

Debido a las limitaciones inherentes a cualquier sistema de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades con intención o sin intención de dolo, y no ser detectados, esto es lo que se considera como una debilidad material que es una deficiencia importante que origina, el inadecuado uso de los recursos públicos, sin salvaguardarse de manera adecuada en el cumplimiento de las funciones de cada servidor o servidora.

Para el planeamiento y ejecución de la auditoría de gestión a los Procesos Administrativos del Departamento de inventarios se ha considerado su sistema de control interno para determinar los procedimientos de auditoría, con el propósito de expresar una opinión sobre el área examinada, más no para proporcionar una seguridad del funcionamiento del control interno.

Sin embargo, se han notado asuntos relacionados con el funcionamiento de dicho sistema, que por su importancia, considero deben ser incluidos en este informe.

Los asuntos que llaman la atención, están relacionados con deficiencias importantes en el diseño y operación del control interno, que podrían afectar negativamente en el desempeño administrativo.

Con estas consideraciones, y haciendo énfasis en los aspectos encontrados y que involucran el sistema de control interno y sus operaciones, este informe resume los hallazgos de auditoría que comprenden aspectos relacionados con deficiencias en el diseño u operación del sistema de control interno que puede afectar al logro de los objetivos, y que se describen a continuación:

INEXISTENCIA DE UN MANUAL DE FUNCIONES

El departamento de Inventarios, en lugar de contar con un Manual de Funciones Interno, cuenta con el Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, el cual fue elaborado como base para los Hospitales, pero el Hospital debía elaborar su propio reglamento. El Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, en su capítulo IV sobre responsabilidades y sanciones, Art. 8; establece que se debe encargar las funciones de Jefe de Activos Fijos o quien haga sus veces, para el control de los bienes de acuerdo a su estructura organizacional. Por lo tanto la implementación formal de un Manual de Funciones, es de mucha utilidad para lograr una eficiente administración fundamentalmente a nivel operativo. El Gerente General no ha establecido responsables para la elaboración de un Manual de Funciones Interno para el Departamento de Inventarios, en su lugar toman como Manual de Funciones al expedido por el Ministerio de Salud Pública, el mismo que no ha sido actualizado ya que se lo emitió en el año 2009. Debido a que los empleados tienen amplio conocimiento de las actividades, no existen aspectos significativos, pero se podría exponerlos a que por falta de delimitación de funciones y responsabilidades ejerzan actividades compartidas, que no solo ocasionan pérdidas de tiempo sino también la disolución de responsabilidades. Por otro lado se ve afectado el rendimiento de los empleados nuevos que no cuentan con una guía para el desempeño de sus funciones.

Conclusión:

La elaboración incompleta, además de la escasa actualización y difusión del Manual de funciones ha ocasionado que los empleados no le den la debida importancia y desarrollen sus actividades solamente basados en la experiencia y necesidades del puesto de trabajo que ocupan.

Recomendación:

Al Gerente General: Dispondrá a la Responsable del Departamento de Inventarios la elaboración de un Manual de Funciones completo que integre la descripción de funciones, responsabilidades, procedimientos y normas administrativas, y a la vez que adopte las medidas necesarias para lograr:

- Facilitar al personal la comprensión de los objetivos, metas y estrategias implementados en la entidad.
- Asegurar y facilitar al personal la información necesaria para realizar las labores que les han sido encomendadas.
- Facilitar la selección de nuevos empleados y proporcionarles los lineamientos necesarios para el desempeño de sus atribuciones.
- Constituir una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los procedimientos.
- Servir de base para la capacitación del personal.
- Comprender el plan de organización por parte de todos sus integrantes, así como de sus propios papeles y relaciones pertinentes.
- Regular el estudio, aprobación y publicación de las modificaciones y cambios que se realicen dentro de la organización en general o alguno de sus elementos componentes.
- Determinar la responsabilidad de cada puesto de trabajo y su relación con los demás integrantes de la organización.
- Delimitar claramente las responsabilidades de cada área de trabajo y evitar los conflictos internos.

Todo esto con el fin de lograr uniformidad en los procedimientos de trabajo, la eficiencia y la calidad esperada en los servicios prestados.

INEXISTENCIA DE EVALUACIONES PERIÓDICAS DE CONTROL INTERNO

No existen evaluaciones periódicas formalmente establecidas de control interno en ninguna de las áreas, solamente se las realiza cuando la Contraloría General del Estado interviene como ente regulador. La norma de Control Interno 110 – 07 EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO expresa que: La máxima autoridad de cada entidad dispondrá por escrito que cualquier funcionario que tenga a su cargo un programa, proceso o actividad, periódicamente evalúe la eficiencia del control interno y comunicará los resultados ante quien es responsable. Consecuentemente la entidad debe evaluar periódicamente el control interno, en cada área como una guía para ofrecer un servicio óptimo. El Gerente General no ha dado la debida importancia a la evaluación del control interno a través de un documento impreso y difundido entre los trabajadores y empleados. Los empleados al no contar con evaluaciones periódicas de control interno, existe el riesgo de que las operaciones no se realicen de manera adecuada, ocasionando un riesgo operativo, lo que dificulta el cumplimiento de objetivos planteados en las proyecciones de la entidad.

Conclusión:

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, no cuenta con evaluaciones periódicas de control interno, lo que ocasiona que se incremente el riesgo operativo al dejar que los empleados además de las instrucciones que han sido verbalmente expuestas impongan sus criterios en base a las necesidades de cada área.

Recomendación:

Al Gerente General.- Formulará un calendario de evaluación de control interno en cada área, y las emitirá formalmente en un informe para conocer las deficiencias que se presentan en cada servicio, para el conocimiento y correcta aplicación de todos los empleados y trabajadores.

Al Gerente General.- Creación del departamento de AUDITORÍA Interna, dado que la entidad es grande, se necesita de un departamento independiente que evalúe las operaciones del Hospital, y poder ir alcanzando el mejoramiento continuo de calidad.

FALTA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL

La entidad no tiene implementado un plan de capacitación para todos los servidores públicos y solamente son capacitados los Coordinadores de cada área de acuerdo a necesidades inmediatas. La norma de control interno 300-04 CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PERMANENTE nos dice que: La capacitación es un proceso continuo de orientación - aprendizaje, mediante el cual se desarrollan las habilidades y destrezas de los servidores, que les permitan un mejor desempeño en sus labores habituales. Puede ser interna y externa, de acuerdo a un programa permanente, aprobado y que pueda brindar aportes a la institución. El hospital emitió en su planificación estratégica la ejecución de un plan de capacitación continua sobre trabajo en equipo y motivación, mediante la capacitación constante de sus empleados logrando que estén preparados para el aseguramiento de la calidad. Por falta de planificación de los directores anteriores no se implementa el plan de capacitación continua sobre trabajo en equipo y motivación al personal previsto para el año 2010, por lo tanto no se imparten las capacitaciones pertinentes a todos los empleados y trabajadores. Los empleados del hospital no están capacitados correctamente, por lo tanto no están actualizados en temas correspondientes a cada área. Disminuye el tiempo de respuesta a los pacientes mientras solicitan asesoramiento a los directores acerca de las características, novedades o soluciones que presenten los servicios.

Conclusión:

La entidad no tiene implementado un plan de capacitación para los empleados de todas la área, lo que ocasiona que no se atienda a los requerimientos con las soluciones completas y se involucre mayor tiempo para dar respuesta mientras se recibe asesoramiento por parte de los directores.

Recomendación:

A los Coordinadores de cada uno de los departamentos del Hospital.- Planificarán, Elaborarán e Implementarán un plan de capacitación continua sobre el trabajo en equipo y motivación, con la frecuencia y temática considerada necesaria, para mejorar el desempeño, motivación y habilidad de los empleados, que incluya la reunión del personal para intercambiar ideas, escuchar sugerencias e identificar las mayores debilidades presentadas con el fin de direccionar su capacitación y fortalecer al equipo de trabajo para lograr cumplir los objetivos y estrategias del Departamento de Inventarios y del Hospital.

FALTA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL

No se efectúan evaluaciones independientes del desempeño en las operaciones del personal, observando eficiencia, eficacia y economía. La norma de control interno 300 – 05 ROTACIÓN, EVALUACIÓN E INCENTIVOS manifiesta que: La evaluación de personal es de importancia vital y será efectuada por el jefe que directamente supervisa la labor del servidor con la participación de la Dirección de Recursos Humanos, quienes deben apreciar objetivamente su desempeño, a efecto de no distorsionar la información que frecuentemente se consigna en los formatos de evaluación. Por lo tanto las prácticas administrativas involucran evaluaciones del desempeño para el personal como una herramienta que permite un espacio de comunicación entre las autoridades y los trabajadores trayendo como conclusión la generación de entusiasmo para el desarrollo de habilidades. El Gerente General no ha implementado un plan de evaluación del desempeño personal que le permita medir y evaluar si las operaciones se están cumpliendo dentro de los parámetros de eficiencia, eficacia y economía en la aplicación de recursos de la entidad. No se tiene una estimación exitosa de los factores que involucran el accionar del equipo de trabajo tales como: percepción de su papel dentro del departamento, la actitud que muestra frente al trabajo, el nivel de habilidades de cada persona, la motivación en su puesto de trabajo y las variables organizacionales y ambientales que le rodean, por lo que no se puede implementar aspectos para mejorar su desempeño.

Conclusión:

El hecho de que no se efectúen revisiones independientes al desempeño del personal, ocasiona que no se tenga una estimación objetiva de su accionar, además de que no se pueden implementar aspectos para afirmar sus fortalezas y eficiencias actuales y tampoco mejorar el desempeño de sus puntos débiles.

Recomendación:

Al Gerente General.- Elaborará o encomendará a la persona pertinente la elaboración de un plan para medir el desempeño del personal en su puesto de trabajo, el mismo que podría incluir objetivos como:

- Detectar necesidades de adiestramiento y capacitación.
- Detectar el potencial de desarrollo de los empleados
- Decisiones de ubicación (promociones y ascensos).
- Aplicar incentivos salariales por buen desempeño (Políticas de compensación).
- Mejorar la comunicación entre jefes y empleados.
- Lograr el auto-perfeccionamiento de los empleados.

FALTA DE EJECUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Existe falta de ejecución de la planificación estratégica y objetivos establecidos sin características definidas, (los objetivos del Hospital son tomados del Estatuto de Gestión por Procesos del Ministerio de Salud Pública), no se ha establecido el comité pertinente para la actualización del plan estratégico, ni tampoco se ha verificado si se cumplió con las metas propuestas en anteriores años. Todas las instituciones públicas deben realizar la planificación estratégica y la planificación operativa anual de acuerdo al Plan de Desarrollo y Plan Plurianual de Gobierno. Con una planificación estratégica establecida para cada año se crea lineamientos para el desarrollo de la entidad y se cumple con los objetivos planteados, además se verifica si los procesos se están realizados acorde al aseguramiento de la calidad de los servicios hospitalarios. Desorganización por parte de la gerencia y los responsables de cada área, de la elaboración de la planificación estratégica para cada año, por ende incumplimiento de objetivos y estrategias establecidos.

Incumplimiento de objetivos y estrategias de la entidad, no se tiene lineamientos para mejorar los procesos administrativos, no se actualiza debidamente las actividades acorde al nuevo modelo de gestión.

Conclusión:

Debido a la desorganización por parte de la máxima autoridad no se ha estructurado una debida planificación estratégica, que principalmente se encuentre actualizada e implementada en cada Departamento o Servicio del Hospital.

Recomendación:

Al Gerente General.- Reestructurar la planificación estratégica y elaborarla para cada año con el fin de cumplir con los objetivos propuestos por la entidad y asegurarse de que sea implementada y cumplida a cabalidad.

NO SE APLICAN INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL ÁREA FINANCIERA - ADMINISTRATIVA

Dentro del HPGDR, se cuenta con indicadores de gestión hospitalarios, para medir la atención a pacientes del Hospital, pero no se cuenta con indicadores de gestión para el área administrativo – financiera. La norma de control interno 110 – 04 INDICADORES DE GESTIÓN expresa: Si la máxima autoridad o el grupo planificador no encuentran los indicadores que permitan valorar los avances y logros de la acción institucional, será necesario desarrollar sus propios indicadores, aportando a la conformación de un banco de indicadores y a su mayor seguridad en los procesos de valoración y evaluación de planes, programas y proyectos sociales. Se debe implementar el uso de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera del hospital para medir de forma cualitativa y cuantitativa, el grado de cumplimiento de actividades en la ejecución de las operaciones. La falta de aplicación de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, por parte de la máxima autoridad que solo evalúa los indicadores hospitalarios. Sin la existencia de indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, no se puede contar con información veraz en el

cumplimiento de metas y objetivos propuestos en términos de eficiencia, economía, efectividad e impacto de las operaciones.

Conclusión:

No se mantiene un registro actualizado del cumplimiento de las operaciones, ya que no se han implementado indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, lo que genera incertidumbre en el resultado de las operaciones establecidas, no se sabe si su resultado fue positivo o negativo.

Recomendación:

Al Gerente General.- Asignar un grupo de personal que elabore los indicadores de gestión en el área administrativa – financiera, de manera independiente y verificando que la información obtenida sea veraz, oportuna y eficiente.

INEFICIENTE CONTROL DE SISTEMAS INFORMÁTICOS

No se cuenta con un debido control con respecto a los sistemas informáticos dentro del Hospital, cada área maneja los programas de acuerdo a su especialidad, y estos no se encuentran interconectados por medio de una red interdepartamental. La norma de control interno 400 – 03 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO enuncia Para los sistemas incorporados a su gestión, en cada entidad se elaborarán procedimientos formales y detallados del funcionamiento y operación, tanto a nivel de usuarios como de la unidad de sistemas de información computarizados. Los sistemas en operación se someterán a constantes pruebas y evaluaciones para identificar inconsistencias o inconformidades respecto a su funcionamiento. Para solucionar estas deficiencias se aplicarán los procedimientos de mantenimiento de los sistemas, los mismos que serán definidos por la entidad. El ineficiente control de los sistemas informáticos, crea conflictos en la comunicación de los departamentos, creando distorsión de la información, y que cada departamento busque crear sus soluciones como organismo independientes del resto del hospital. La falta de control de los sistemas informáticos, crea oportunidades de fraude dentro de las áreas, al no contar con información interrelacionada y actualizada.

Conclusión:

Por el ineficiente control de los sistemas informáticos, se puede ocasionar cuellos de botella con respecto a la información obtenida en cada departamento, además no se mantiene un cuadro de dialogo abierto para el personal de la entidad.

Recomendación:

Al gerente general.- Establezca el personal adecuado para implementar adecuados controles de los sistemas de información. Además implemente una red de conectividad interna con la ayuda del personal de Informática y TIC'S del Hospital, para que construya una red interdepartamental con el fin de que el Hospital funcione como uno solo y no como islas separadas.

INCUMPLIMIENTO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

No se establecen mecanismos de información a los usuarios internos y externos del Hospital Provincial General Docente Riobamba, la información acerca del Hospital esta publicada en la página web, pero no es suficiente y peor aún actualizada. La norma de control interno 130-04 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN expresa que: La obtención de información externa e interna, facilita a la alta dirección preparar los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información de las entidades públicas deben estar publicadas en las páginas web para el conocimiento de la comunidad, o en las instalaciones de las mismas en lugares visibles, se debe dar el acceso necesario a la información para los usuarios internos y externos con el fin de conocer en qué estado se encuentran las entidades públicas y verificar si se salvaguardan los recursos del estado. El personal del HPGDR, no cumple con las normas establecidas de acceso a la información a la comunidad, ni a los empleados de otras áreas. El no acceso a la información, implica que los usuarios internos y externos tengan desconocimiento del estado actual de la entidad lo que ocasiona que la misma se encuentre desactualizada, y se incumplan con normas y reglamentos establecidos para el manejo de la información.

Conclusión:

Trabajadores y empleados de la entidad no brindan el acceso necesario de la información requerida por el mismo personal de otras áreas y la comunidad en si tiene desconocimiento de puntos principales como misión y visión del Hospital.

Recomendación:

Al gerente general.- Brindar la información necesaria a los usuarios internos y externos colocando en lugares visibles de la entidad letreros o gigantografías, puntos clave como: misión, visión, principios, valores, objetivos, etc.

NO SE ASIGNAN RESPONSABLES EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

No se exige la firma de responsabilidad en los trabajos designados el personal, no se asigna la responsabilidad debida en el cumplimiento de las operaciones. La norma de control interno 130-01 HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL AMBIENTE DE CONTROL en su inciso de: Asignación de Autoridad y Responsabilidad declara que: La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas conexas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades, objetivos, funciones operativas y requisitos regulatorios, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios. En cada actividad o realización de las operaciones de la entidad se debe hacer referencia de la persona que elaboró dicha actividad para conocer el responsables de la realización, con el fin de que en el caso de errores se puede pedir el cambio inmediato, y así no se desperdicia tiempo en encontrar a la persona responsable. Cada persona cuando realiza una actividad o reporte no está obligada a poner su firma de responsabilidad o sus iniciales para saber qué persona lo realizo. Incumplimiento en los deberes designados al personal, mala ejecución del trabajo, inobservancia de reglamentos, normas y leyes.

Conclusión:

La no asignación de responsabilidades, en la realización de las actividades y operaciones de cada área, origina que se incumplan leyes, reglamentos y normas.

Recomendación:

A los directores departamentales.- Establecer responsables en las actividades de cada área por escrito, y aplicar la responsabilidad adquirida en cada trabajo poniendo su firma de responsabilidad para comprobar que las responsabilidades se están cumpliendo de acuerdo a lo establecido.

Atentamente,

Andrea Valeria Barreno Moreno.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Con el desarrollo de la Auditoría de Gestión al Departamento de Inventarios del Hospital Provincial General Docente Riobamba, se logró cumplir el objetivo general planteado para este tipo de auditoría, que fue evaluar los niveles de eficacia y eficiencia de los procesos administrativos, enmarcados dentro de un marco ético profesional. Con lo cual se obtuvo las siguientes conclusiones:

- La evaluación del Sistema de Control Interno, realizada permitió determinar falencias e identificar oportunidades de mejora, las cuales se encuentran reflejadas en conclusiones y recomendaciones que son de fácil adopción por parte de los involucrados en los procesos, aspectos muy necesarios en los niveles de control interno para lograr una administración más eficaz.
- La Planificación Estratégica no ha sido debidamente comunicada a los empleados como un documento completo y formal, para que éstos, se involucren adecuadamente con las estrategias a largo plazo que han planteado en la entidad y muy necesarias para hacer frente a los retos del futuro.

- La Estructura Orgánica se presenta de manera muy completa, lo que permite de manera objetiva identificar sus partes integrantes y la relación de dependencia existente entre ellas, además de la adecuada distribución de autoridad y responsabilidad.
- La poca actualización y el desconocimiento del Manual de Normas de Competencia Laboral impartido por la Gerencia General, además de la falta de documentación formal de políticas, incrementa el riesgo operativo de la entidad y disminuye el nivel de control.
- La falta de capacitación a los servidores, aleja a la entidad del cumplimiento de la estrategia planteada y por ende al logro de sus objetivos.
- La escasa evaluación del desempeño de los empleados, y la inadecuada aplicación de indicadores de gestión, ocasionan que las autoridades no puedan tener una estimación objetiva de los resultados obtenidos en las actividades que desarrollan.

4.2. Recomendaciones

- Implantar las recomendaciones planteadas tanto de la evaluación del Control Interno como del Departamento de Inventarios, para mejorar en forma sustancial los niveles de eficiencia, eficacia y economía determinados en este examen de Auditoría.
- Estructurar la Planificación Estratégica de tal forma que pueda ser emitida y comunicada a todos sus empleados de manera completa, para lograr que estos la conozcan y se comprometan con las estrategias primordiales.
- Implementar un Manual de Funciones para que reemplace al Reglamento Interno para la Administración y Control de Activos Fijos del Ministerio de Salud Pública, el mismo que integre de manera global y detallada las funciones de cada uno de los puestos de trabajo actuales, como de los propuestos en la estructura organizacional; convirtiendo a este documento en una guía de trabajo oficial y racional, además que su uso sea obligatorio.
- Planificar, formular y documentar la programación de capacitaciones tanto para clientes internos como externos, aspecto fundamental para el cumplimiento de la estrategia empresarial y el logro de los objetivos.
- Implementar programas o procedimientos específicos para que los indicadores de gestión que han sido planteados para cada una de las áreas de la entidad sean debidamente aplicados y evaluados, a fin de analizar de manera objetiva, la situación de éstas y como afectan el desempeño económico de la entidad.
- Elaboración de manual de funciones para cada puesto a desempeñar para que la persona contratada cumpla con eficiencia y eficacia las tareas asignadas.

RESUMEN

El presente trabajo corresponde a una Auditoría de Gestión al Departamento de Inventarios del Hospital Provincial General Docente Riobamba, de la provincia de Chimborazo por el periodo 2011.

El objetivo de la realización de la Auditoría de Gestión, es verificar si las actividades y procesos, se están cumpliendo de manera eficiente y eficaz, así como también establecer una visión global y sistemática para determinar hasta qué punto la organización está cumpliendo los objetivos establecidos por la gerencia.

Se realizó el trabajo con la aplicación de técnicas de Auditoría como: entrevistas, narrativas, cuestionarios de Control Interno, observaciones; a fin de conocer a profundidad si los procesos se están llevando de manera adecuada.

Mediante la aplicación de la Auditoría se encontró algunas deficiencias de Control Interno, como la desactualización de la Planificación Estratégica, la falta de un Código de Ética y Manual de Funciones para cada área; además del respeto de los canales de comunicación para no entorpecer las líneas de autoridad y los niveles jerárquicos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. La falta de capacitación específica al personal para logara el correcto uso de los recursos. Y como principal problema se encontró que no existen indicadores de gestión en el área examinada, ya que el hospital cuenta con indicadores de gestión hospitalaria pero no administrativos.

La Auditoría de Gestión al Departamento de Inventarios permitió encontrar las deficiencias anteriormente mencionadas, y que con las acciones correctivas recomendadas se las puede mejorar, y así poder tener una buena gestión en los procesos administrativos, con el fin de salvaguardar los recursos públicos del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

SUMMARY

The present work corresponds to a Management Audit to the Warehouse of the Provincial General Teaching Hospital Riobamba, of Chimborazo province for 2011 period.

The object of the this Management Audit, is to verify if the activities and processes are efficiently being developed, as well as setting a global and systematic vision to determine how far the organization is achieving the objectives set up by the management.

The work was developed by applying Audit techniques such as: surveys, narrations, Internal Control questionnaires, observations; in order to deeply know if the processes are being adequately carried on.

Through the application of this audit, they were found some deficiencies of Internal Control, such as the downgrade of the Strategic Planning, the lack of an Ethical Behavior Code and a Functions Manuel for each area; besides the respect of the communication channels to ease the authority lines and the training to the staff to achieve the correct use of the resources, and as a main problem, it was found that there aren.t any management indicators at the examined area, since the institution has hospital management indicators but not administrative ones.

The a Management Audit to the Warehouse allowed to find the deficiencies previously mentioned, and with the recommended corrective actions, they can be improved so that it can have a good management in the administrative processes, aiming to save the public resources of the Provincial General Teaching Hospital Riobamba.

BIBLIOGRAFÍA

- Arens, A. y Elder, J. (2007) *Auditoría Un Enfoque Integral (11 ed.)*. México: Pearson Educación.
- Badillo, J. (2004) *Guía de Auditoría de Gestión de la Calidad (1a. Edición)*. Quito: Editorial: Centrum.
- Benjamín F. (2007) *Auditoría Administrativa Gestión Estratégica del Cambio (2 Edición)*. México: Editorial: Pearson Educación.
- Cook, J. y Gary M. (1988) *Auditoría (3ra Edición)*. México: Editorial: McGraw.
- Franklin, B. (2007) *Auditoría Administrativa (1a. Edición)*. México: Editorial: McGraw – Hill.
- Fournies, F. (1991) *Técnicas de dirección del personal (1a. Edición)*. España: Editorial: Mc.Graw-Hill.
- Hevia, E. (1989) *Manual de auditoría interna (1a. Edición)*. Barcelona: Ed. Centrum.
- Morgan, G. (1990) *Imágenes de la organización (2da Edición)*. Madrid: Editorial: Ra-Ma.
- Prado, J. y Gonzalez, M. (1996) *Hacia una formulación de la auditoría no financiera: La auditoría de gestión*. Madrid: Editorial: Mc.Graw-Hill.
- Ramio, C. (1992) *Técnicas de auditoría operativa aplicadas a la Administración Pública (1a. Edición)*. España: Editorial. Generalitat de Catalunya.
- Ray W. y Kurt P. (2006) *Auditoría un Enfoque Integral (12ª edición)*. México: Editorial: McGraw – Hill.
- Whittington, R. y Pany, K. (2006) *Principios de AUDITORÍA (14ª edición)*. México: Editorial: McGraw- Hill