

**UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES
UNIANDES**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE
LOS SERVICIOS DE SALUD.**

TEMA:

Plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo

AUTOR: Ing. Castelo Rivas Angel Fredy MBA.

Asesor: -Lcdo. Mgs. Velástegui Naranjo Olger Efraín
-Dr. Mgs. Pazmay Ruiz Galo Enrique

AMBATO – ECUADOR

2017

APROBACIÓN DE LOS ASESORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN

Quien suscribe, legalmente CERTIFICA QUE: El presente trabajo de Titulación realizado por el Ingeniero Ángel Fredy Castelo Rivas, estudiante del Programa de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Facultad de Ciencias Médicas, con el tema: Plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo, ha sido prolijamente revisado, y cumple con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Regional Autónoma de los Andes – UNIANDES, por lo que apruebe su presentación.

Ambato, febrero de 2017

.....

Lcdo. Olger Efrain Velastegui Naranjo, Mgs.
ASESOR

.....

DR. Galo Enrique Pazmay Ruiz, Mgs.
ASESOR

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Ángel Fredy Castelo Rivas, estudiante del programa de Maestría Gerencia de Servicios de Salud, Facultad de Ciencias Médicas, declaro que todos los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de **MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**, son absolutamente originales, auténticos y personales; a excepción de las citas, por los que son de mi exclusiva responsabilidad.

Ambato, febrero de 2017

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MBA

CI: 1714101605

AUTOR

DERECHO DE AUTOR

Yo, Angel Fredy Castelo Rivas, declaro que conozco y acepto la disposición constante en el literal d) del art.85 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, que en su parte pertinente textualmente dice: El Patrimonio de la UNIANDES, está constituido por: La propiedad intelectual sobre las investigaciones, trabajos científicos o técnicos, proyectos profesionales y consultoría que se realicen en la Universidad o por cuenta de ella;

Ambato, febrero de 2017

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MBA

CI: 1714101605

AUTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme protegido toda la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi esposa por apoyarme y cumplir esta meta, gracias por todo. A mis hijos, Angel Gabriel y Tatiana Elizabeth porque todo este esfuerzo es para ustedes mis amores.

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MDE

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la investigación.

A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Trabajo de Grado, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

Ing. Angel Fredy Castelo Rivas MDE

Resumen

La investigación se realizó con el objetivo de definir la estrategia más acertada para la implementación, por medio del sistema de control interno, se proponga un plan estratégico. El estudio realizado es de tipo descriptivo, narrando los hechos como fueron observados su situación actual, en tres instituciones de salud: Hospital del IESS, Hospital Gustavo Domínguez, y la Clínica Torres Medicas, encontrando problemas e identificando las principales causas y efectos.

La problemática principal es la percepción de insatisfacción y descontento de familiares y pacientes, causado por deficientes sistemas de control interno, la falta de atención con calidad y calidez a los pacientes de consulta general como de emergencia por parte de personal administrativo como de personal de blanco (Doctores, Enfermeras, Camilleros, Auxiliares). Lo que impide tener definidas estrategias adecuadas que cumplan con la misión, objetivos y metas de las instituciones de salud.

Con la metodología se realizó observación de campo y recolección de datos de las tres instituciones de salud principalmente al personal administrativo y de blanco de los diferentes departamentos posteriormente se obtuvo información para una investigación cuantitativa con la ficha de sistema de control interno (COSO), aplicada a una muestra específica, el principal hallazgo en los elementos de control interno es la deficiencia en función de auditoría interna. Se aplicaron una serie de herramientas como la matriz Saaty y el Triángulo de Fuller, estas técnicas filtraron e identificaron una estrategia adecuada con criterio de expertos, en Diseñar un plan de acción integrado por indicadores de desempeño (BSC), que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud como propuesta que contribuya al mejoramiento y optimización de procesos con un adecuado sistema de control interno.

Palabras claves: Control Interno, Estrategia, Plan, Indicadores.

Abstract

The research was carried out with the objective of defining the most appropriate strategy for the implementation, through the internal control system, to propose a strategic plan. The study was a descriptive one, describing the facts as observed in the current situation, in three health institutions: IESS Hospital, Gustavo Dominguez Hospital, and Torres Medicas Clinic, finding problems and identifying the main causes and effects.

The main problem is the perception of dissatisfaction and discontent of relatives and patients caused by poor internal control systems, the lack of quality care and warmth to patients of general consultation as an emergency by administrative staff and staff (Doctors, Nurses, *stretcher*, Auxiliaries). This obstructs the development of adequate strategies that meet the mission, objectives and goals of health institutions.

With the methodology, field observation and data collection of the three health institutions were carried out mainly to the administrative and target staff of the different departments. Later, information was obtained for a quantitative investigation using the internal control system (COSO) to a specific sample, the main finding in the internal control elements is the deficiency in function of internal audit. A series of tools, such as the Saaty matrix and Fuller's Triangle, were applied. These techniques filtered and identified a suitable strategy with expert judgment in Design an action plan integrated by performance indicators (BSC), which allows to have the information of Patients among health institutions as a proposal that contributes to the improvement and optimization of processes with an adequate internal control system.

Key words: Internal Control, Strategy, Plan, Indicators.

ÍNDICE GENERAL

Portadal

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

DERECHO DE AUTOR

DEDICATORIAV

AGRADECIMIENTO

Resumen

Abstract

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ANEXOS

INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes de la Investigación.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Problema científico	3
Sistematización del problema.....	3
Objeto de investigación y campo de acción	4
Delimitación del problema	4
Identificación de la línea de investigación	4
Objetivo General	4
Objetivos específicos	4
Justificación.....	5

Importancia.....	5
Impacto social	5
Aplicación practica	5
Idea a defender	6
Metodología a emplear: métodos técnicos y herramientas empleadas en la investigación.....	6
Nivel de estudio.....	6
Los tipos de la investigación a emplear son:	7
Los métodos investigativos a utilizar son:	7
Métodos teóricos:	7
Métodos empíricos	7
Métodos estadísticos.....	8
Aporte teórico, significación práctica y novedad científica.	8
CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO.....	9
1.1 Gestión de los servicios de salud.....	9
1.1.1 Tendencia de la gestión de los servicios de salud.....	10
1.1.2 Modelos de organizaciones de servicio	11
1.1.3 Estructura y componentes de la organización	11
1.1.3.1 Ambiente y cultura organizacional	12
1.1.3.2 Benchmarking	13
1.1.3.3 Perspectivas administrativas.....	14
1.1.3.4 Organización	15
1.1.3.5 Estructura organizativa	15
1.1.3.6 Componentes o partes de la organización.....	16

1.1.3.7	Mecanismos de coordinación.....	16
1.1.3.8	Tipos de estructuras organizacionales.....	16
1.2	Fundamentación legal.....	19
1.3	Planificación de los servicios de emergencia en salud.....	20
1.4	Articulación de los servicios de emergencia.....	20
1.5	Optimización de los servicios de emergencia.....	22
1.5.1	Tipología y homologación de establecimientos de salud.....	22
1.5.2	Calidad de los servicios de Emergencia.....	23
1.6	Planeación.....	24
1.6.1	Visión General de la planificación.-.....	24
1.6.1.1	Tipos de planes.....	25
1.7	Planificación estratégica.....	26
1.7.1	Planeación.....	26
1.7.2	Estrategia.....	27
1.7.3	Planeación Estratégica.....	27
1.8	Control interno.....	29
1.8.1	Elementos del control interno en salud.....	29
1.8.2	Componentes del control interno.....	30
	Conclusiones parciales del capítulo.....	30
	CAPITULO II.....	32
2	MARCO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA.....	32
2.1	Descripción de del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación.....	32
2.1.1	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	32

2.1.2	TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	33
2.1.2.1	Bibliográfica.....	33
2.1.2.2	De Campo.....	33
2.1.2.3	Exploratoria.....	33
2.1.2.4	Descriptiva.....	34
2.1.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1.4	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN. ...	35
2.1.4.1	MÉTODOS.....	35
2.1.5	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	36
2.1.5.1	Entrevista.....	36
2.1.5.2	Encuesta.....	36
2.1.6	INSTRUMENTOS.....	37
2.1.6.1	El Cuestionario.....	37
2.1.6.2	Guía de Entrevista.....	37
2.1.6.3	Metodología específica.....	37
2.2	Tabulación encuesta.....	38
2.3	Identificación de síntomas y análisis de resultados existentes en el control interno.....	78
2.3.1	Elementos de control interno comparados según la media aceptable.....	78
2.3.1.1	(a) Ambiente de control.....	79
2.3.1.2	Evaluación de riesgos.....	79
2.3.1.3	Elementos de Actividades de Control.....	80
2.3.1.4	Elementos de información y comunicación.....	81
2.3.1.5	Elementos de supervisión y monitoreo.....	82

2.3.1.6	Lista de problemas identificados con el Control Interno.....	83
2.3.2	Análisis del problema raíz. (Paso 2)	89
2.3.2.1	Soluciones potenciales ¿Cómo podríamos lograr el cambio?.....	92
2.3.2.2	Selección y planteo de la solución ¿Cuál es la mejor manera de hacer esto? 92	
2.3.3	Estrategias para la solución del problema.	97
CAPITULO 3		109
3	DISCUSIÓN	109
3.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
3.1.1	Conclusiones	109
3.1.2	Recomendaciones.....	110
Bibliografía		1

ÍNDICE DE TABLAS

Operacionalización de la hipótesis	¡Error! Marcador no definido.
Tabla # 1 Funciones del sistema Nacional de salud	19
Tabla# 2 Variable de población y muestra	34
Tabla# 3 Personal encuestado.....	38
Tabla# 4 Integridad y valores éticos-1.1 Existen y están en aplicación los códigos de conducta y otras políticas donde se considere la práctica de la entidad y los niveles esperados de comportamiento ético y moral.....	39
Tabla # 5 Integridad y valores éticos-1.2 La honestidad y la ética prevalecen en las políticas establecidas para el trato con los trabajadores, pacientes, proveedores, etc	39
Tabla # 6 Integridad y valores éticos-1.3 Se toman medidas correctivas en respuesta a las desviaciones de las políticas y procedimientos o ante las violaciones del código de conducta. Dichas medidas se divulgan internamente para que sean del conocimiento de todo el personal.....	40
Tabla # 7 Integridad y valores éticos-1.4 Están establecidos los mecanismos para garantizar un procesamiento de los trámites para los pacientes.....	40
Tabla # 8 Integridad y valores éticos-1.5 Existe presión para cumplir con los objetivos planteados a la organización.....	41
Tabla # 9 Compromiso de competencia profesional-2.1 Existen descripciones formales de puestos de trabajo u otras formas de describir las funciones que comprenden trabajos específicos.....	41
Tabla # 10 Compromiso de competencia profesional-2.2 Se analizan los conocimientos y las habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente	42
Tabla # 11 Comité de control-3.1 Existe un comité de control dentro de la organización	42
Tabla # 12 Comité de control-3.3 Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de forma suficiente y oportuna para permitir la	

supervisión de los objetivos y las estrategias de la dirección, la situación financiera y los resultados	43
Tabla # 13 Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales	43
Tabla # 14 La dirección del hospital supervisa y realiza el seguimiento necesario de las acciones que deberían ser tomadas como consecuencia de sus conclusiones, incluyendo en su caso investigaciones especiales.....	44
Tabla # 15 La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos	44
Tabla # 16 Existe preocupación de la dirección hacia el proceso de datos y las funciones de contabilidad así como por la fiabilidad de la presentación de la información financiera y la salvaguarda de los activos	45
Tabla # 17 Se celebran con frecuencia reuniones de la dirección con las diferentes áreas de la institución.....	45
Tabla # 18 Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad y ambas son del conocimiento de éstos	45
Tabla # 19 Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.....	46
Tabla # 20 Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión	46
Tabla # 21 La estructura organizativa es apropiada y su capacidad de suministrar el flujo necesario de información para gestionar sus actividades.....	47
Tabla # 22 Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad y ambas son del conocimiento de éstos.....	47

Tabla # 23 Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.....	47
Tabla # 24 Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión	48
Tabla # 25 -6.1 La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema.....	48
Tabla # 26 Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios.....	49
Tabla # 27 Las normas y los procedimientos relacionados con el control, incluyendo la descripción de funciones, son los idóneos para los directores de departamentos y los supervisores.....	49
Tabla # 28 Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas	50
Tabla # 29 Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.....	50
Tabla # 30 Se informan a los trabajadores de sus responsabilidades y de lo que se espera de ellos.	51
Tabla # 31 Son suficientes y adecuadas las acciones correctivas que se toman en respuesta a las desviaciones en las políticas y procedimientos aprobados.....	51
Tabla # 32 Las políticas de personal están orientadas a la observancia de las normas éticas y morales de la entidad.....	51
Tabla # 33 Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otras directrices de comportamiento	52

Tabla # 34 Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma y son, además, lo bastante específicos respecto de la entidad en concreto	52
Tabla # 35 Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración	53
Tabla # 36 Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales ..	53
Tabla # 37 Se garantiza la coherencia de los planes de negocios y los presupuestos con los objetivos globales, los planes estratégicos y las circunstancias actuales de la entidad.	53
Tabla # 38 Existe vinculación de los objetivos específicos de cada actividad con los objetivos globales y los planes estratégicos.....	54
Tabla # 39 Existe coherencia en los objetivos específicos entre si.....	54
Tabla # 40 Se han establecido los objetivos específicos para todos los procesos importantes de la entidad	55
Tabla # 41 Todos los niveles de la dirección participan en la fijación de objetivos y están conscientes de hasta que punto están comprometidos en la consecución de los mismos	55
Tabla # 42 Existen los mecanismos adecuados para identificar los riesgos dentro de la institución.	56
Tabla # 43 Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad	56
Tabla # 44 Se evalúa la importancia y probabilidad de ocurrencia de los riesgos, así como las medidas necesarias para abordarlos	56
Tabla # 45 Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinarios que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.	57

Tabla # 46 Existen mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios que pueden tener un efecto importante sobre la Hospital y que, consecuentemente, requieran la atención de la alta dirección.	57
Tabla # 47 Existen las políticas y los procedimientos apropiados y necesarios en relación con cada una de las actividades de la entidad definidas para cada área	58
Tabla # 48 Se han establecido las debidas coordinaciones entre las áreas que propicien la integración, la consistencia y la responsabilidad con carácter colectivo	58
Tabla # 49 La estructura de control interno y todas las transacciones y hechos significativos, están claramente documentados, y la documentación está disponible para su verificación.....	58
Tabla # 50 Se utilizan apropiadamente las actividades de control identificadas y se establecen los debidos momentos y niveles de autorización. Considere entre otros aspectos, los siguientes	59
Tabla # 51 a)Análisis efectuados por la dirección	59
Tabla # 52 b)Seguimiento y revisión por parte de los responsables de las diversas funciones o actividades	59
Tabla # 53 c)Comprobación de las transacciones en cuanto a exactitud, totalidad, y autorización pertinente: aprobaciones, revisiones, cotejos, recálculos, análisis de consistencia.....	60
Tabla # 54 d)Controles físicos patrimoniales: arqueos, conciliaciones y recuentos	60
Tabla # 55 e)Se definen en los puestos de trabajo de las diferentes áreas las responsabilidades y autoridad de los mismos para asumir las responsabilidades.....	61
Tabla # 56 Están debidamente separadas y diferenciadas (en la medida de lo racionalmente posible) la responsabilidad de autorizar, ejecutar, registrar y comprobar una transacción, teniendo en cuenta la necesaria coordinación entre las distintas áreas de responsabilidad	61

Tabla # 57 Se registra y clasifica de manera oportuna las transacciones y hechos importantes, atendiendo a la importancia, relevancia y utilidad que ello tiene para la presentación razonable de los saldos en los estados financieros.....	62
Tabla # 58 Se realizan conteos físicos, periódicos, de los activos y se concilian con los registros contables	62
Tabla # 59 Existe un sistema de indicadores de rendimiento implementado en la entidad para la puesta en marcha de acciones correctivas que disminuyan o eliminen las desviaciones importantes.	62
Tabla # 60 Se ha desarrollado un plan de Auditoria Interna respetándose los resultados de la Auditoria Interna	63
Tabla # 61 Existen los debidos controles de tecnología de la información relacionados principalmente con	63
Tabla # 62 a) Seguridad física de los equipos de información	64
Tabla # 63 b) Controles de acceso.....	64
Tabla # 64 c)Controles sobre software.....	64
Tabla # 65 d)Controles de proceso de datos.....	65
Tabla # 66 e) Controles sobre el desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.	65
Tabla # 67 f) Controles de las aplicaciones.....	66
Tabla # 68 El sistema de información es flexible y susceptible de modificaciones rápidas que permitan hacer frente a necesidades cambiantes de la dirección, en un entorno dinámico de operaciones y presentación de informes.....	66
Tabla # 69 El sistema ayuda a controlar todas las actividades de la entidad, a registrar y supervisar transacciones y eventos a medida que ocurren, y a mantener datos financieros.....	66
Tabla # 70 Existen dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos y registros.....	67

Tabla # 71 Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las propuestas de medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.....	67
Tabla # 72 El plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.....	68
Tabla # 73 La información se identifica, recoge, procesa y presenta por medio de los sistemas de información.....	68
Tabla # 74 Están creados los mecanismos para la obtención de la información externa e interna, que facilite a la dirección los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos.....	69
Tabla # 75 Se suministra la información a las personas adecuadas, con detalle suficiente y en el momento preciso, para permitirles cumplir con sus responsabilidades eficiente y eficazmente.....	69
Tabla # 76 Se comunica con eficacia a los trabajadores las tareas y responsabilidades de control.....	70
Tabla # 77 Están establecidos los canales de comunicación para que los trabajadores puedan informar sobre posibles irregularidades.....	70
Tabla # 78 Existen los mecanismos para que la dirección obtenga las sugerencias de los trabajadores sobre cómo mejorar la productividad, la calidad y otro tipo de mejoras similares y hay receptividad por parte de la dirección.....	70
Tabla # 79 Existe una comunicación adecuada entre todas las áreas de la entidad y de una información completa, puntual y suficiente que permita que las personas cumplan con sus responsabilidades eficazmente.....	71
Tabla # 80 Existe apertura y eficacia en los canales de comunicación con los pacientes, proveedores y otras personas externas para transmitir información sobre los cambios que se producen en las necesidades de los pacientes.....	71

Tabla # 81 Se realiza un seguimiento oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, organismos de control y otros terceros	71
Tabla # 82 Se realiza la supervisión permanente de las actividades	72
Tabla # 83 El personal, en el desarrollo de sus actividades, percibe el funcionamiento del sistema de control interno.....	72
Tabla # 84 Se evalúa hasta qué punto las comunicaciones recibidas de terceros corroboran la información general dentro de la organización o indican problemas.....	73
Tabla # 85 Se comparan periódicamente los importes registrados por el sistema de contabilidad con los activos materiales	73
Tabla # 86 Se realiza un seguimiento de las recomendaciones de los auditores internos y externos sobre medios de fortalecer los controles internos.....	73
Tabla # 87 Son efectivas las actividades de la Auditoría Interna.....	74
Tabla # 88 Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.....	74
Tabla # 89 Es válida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de control interno	75
Tabla # 90 El nivel de documentación disponible, entre las que se encuentran manuales de políticas, organigramas, metodologías, procedimientos, instrucciones operativas, etc. es adecuado.....	75
Tabla # 91 Las deficiencias de control interno deberían ser comunicadas a los niveles superiores y las más significativas ser presentadas a la alta dirección y al consejo de dirección	76
Tabla # 92 Existe algún mecanismo para reconocer e informar las deficiencias identificadas del control interno.	76
Tabla # 93 Son adecuadas las normas de comunicación de las deficiencias detectadas.	76

Tabla # 94 Existen los mecanismos para erradicar las deficiencias.....	77
Figura # 15 elementos de evaluación de riesgos	80
Tabla # 95 Matriz Saaty	87
Tabla # 96 Matriz Saaty Normalizada	88
Tabla # 97 Comparaciones del Triángulo de Fuller.....	90
Tabla # 98 Triángulo de fuller con selección de expertos	90
Tabla # 99 Los pesos en concreto quedan como sigue	91
Tabla # 100 Matriz de criterio	93
Tabla # 101 Matriz transformada triángulo de fuller	94
Tabla # 102 Los pesos en concreto quedan como sigue:	96
Tabla # 103 Matriz de criterio Maximizada	97
Tabla # 104 Estrategia 1.- Información interinstitucional del historial clínico del paciente	97
Tabla # 105 Estrategia 2.- sistema de auditoria interna en las instituciones	98
Tabla # 106 Estrategia 3.- crear indicadores de desempeño	99
Tabla # 107 Estrategia 4.- Coordinación con el ecu 911 en caso de emergencias	100
Tabla # 104 Matriz 1 finanzas	103
Tabla # 105 Matriz 2.- procesos internos	103
Tabla # 106 Matriz 3.- formacion y crecimiento.....	104
Tabla # 107 Matriz 4.- PACIENTES	105
Tabla # 108 Recursos Humanos mínimos en las áreas de emergencia	107
Tabla # 108 Clasificación del triaje para emergencia	107
Tabla # 110 Escala de calidad propuesto en las áreas de emergencia	107
Tabla # 111 Evaluación del nivel del servicio	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura # 1 Modelo de gestión de la nueva administración pública	10
Figura# 2 Tipos de cambio estructurales	12
Figura #3.- Procesos de estructura organizativa	15
Figura #4.- Componentes de la organización.....	16
figura #5 Marco conceptual determinantes de salud	21
Figura #6 Determinates de salud	21
Figura # 7 MODELO MAIS-FCI- ECUADOR.....	22
Figura# 8 Niveles de atención.....	23
Figura #9 Tipos de planes y sus dimensiones.....	26
Figura # 10 proceso de planeacion	27
Figura # 11 Planificación estratégica Aplicada	28
Figura # 12 Modelo de panificación estratégica	29
Figura # 13 General de Elementos de control interno	78
Figura # 14 : elementos de ambiente de control	79
Figura # 15 Elementos de actividades de control.....	80
Figura # 16 elementos de información y comunicación.....	82
Figura # 17 de Elementos de supervisión y monitoreo.....	83
Figura # 18 Matriz de dispersión de pesos frente a problemas	85
Figura # 19 Diagrama Causa –Efecto	89
Figura # 20 Estrategia 1.- Ciclo de Información interinstitucional	101
Figura # 21 Estrategia 2.- sistema de auditoria interna en las instituciones.....	102
Figura # 22 Proceso de servicio	106
Figura # 23 Modelo de actuación	106

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 . Guía cuestionario para la autoevaluación del Sistema de Control Interno6

Anexo 2 .- Personal hospital

Anexo 3 . Atributos y factores de satisfacción del cliente

Anexo 4 : Algoritmo para las ponderaciones de los atributos a partir del triángulo de Füller

Anexo 5 : Procedimiento general para la medición y mejora de la satisfacción del cliente

INTRODUCCIÓN

Antecedentes de la Investigación

La investigación es una propuesta teórica, para las áreas de emergencia de mayor selección de pacientes como el Hospital General Gustavo Domínguez, IESS y la Clínica Torres Medicas. La base de datos del CDIC UNIANDES extensión Santo Domingo se determinó que el presente trabajo de grado no registra antecedentes con el tema planteado, sin embargo existen trabajos de investigación de similar contenido en cuanto a la variable independiente. Castelo (2016), presenta su investigación de satisfacción de pacientes donde predomina el contacto, trato agradable, de calidad y calidez, Escalona (2009), aplica métodos de observación, consulta de expertos, Delgado (2011), presentan una investigación seleccionando cuatro zonas: Emergencia Pediátrica, Emergencia Obstétrica, Salud Mental y Emergencia Adultos, siendo esta última la más concurrida por adultos; Estrada (2010), presenta su investigación exclusivamente al servicios de estomatológico donde aplica un programa EPIDAT, para determinar indicadores de calidad, procesos con énfasis en estadística descriptiva e inferencial. Con estos antecedentes se pretende presentar resultados que permitan mostrar la novedad científica que se centra en diseñar un plan estratégico articulado a los diferentes procesos de emergencia hospitalarios, en función de la calidad asistencial. El problema a investigar es la planificación estratégica que se desarrolla en función del control interno con procedimientos y formas preestablecidas que aseguran una estructura y comportamiento estratégico y un grupo humano especialista e idóneo para las diferentes funciones y metas a cumplir de ahí la necesidad de plan estratégico de articulación para optimizar los servicios de emergencia.

Planteamiento del problema

La planificación, productividad y eficiencia parte de estrategias que son limitantes en el correcto desarrollo de los procesos internos de las áreas de emergencia de las tres instituciones de salud a investigar; para la realización del diseño se presenta la identificación de la problemática en consideración a elementos teóricos y prácticos del objeto de estudio.

En la actualidad el incremento poblacional en la Provincia de Santo Domingo no permite abastecer las necesidades, esto ocasiona que se transfiera pacientes a hospitales de tercer nivel que se encuentran en las ciudades Quito y Guayaquil. Otra problemática que presentan los Hospitales públicos de Santo Domingo, es el inadecuado e inexistente manejo de equipos por falta de profesionales, otro problema en las áreas de emergencia es la saturación de pacientes en instalaciones pequeñas y que en su mayoría acude por problemas de salud leves que pueden ser atendidos por consulta externa, otro problema es la falta de información y cultura de la población pueden acudir a los subcentros de salud pero por diferentes factores les resulta conveniente ir por emergencia en horas de la noche para solicitar y recibir atención por situaciones que no son emergencia al ser valorados son atendidos después de varias horas provocando que los pacientes en algunos casos finjan dolor para su rápida atención y provoca la insatisfacción y descontento de familiares, de este modo cuando llega una verdadera emergencia no hay camas y los corredores se encuentran congestionados.

Por el sector de emergencia en clínicas particulares, el personal es reducido cuentan con un médico y una enfermera, prestan un servicio rápido ya que son transferidos a hospitalización, sin embargo se ven limitados a ciertos campos médicos por falta de personal especialista en la provincia ocasionando que los pacientes esperen hasta que un especialista viaje de las ciudades grades en ciertos días y por cierto numero de pacientes que en la mayoría son las visitas los fines de semana provocando saturación para la atención, un problema del paciente es que los tratamientos son de largo tiempo y una vez que se termina el dinero las clínicas no los continúan atendiendo y terminan en hospitales públicos donde nuevamente son valorados con exámenes de laboratorio, rayos x, ecos. Un problema es la desvinculación del estado con las clínicas privadas por el manejo inadecuado de cobros por hospitalización, cirugías o tratamientos además el uso de medicamentos genéricos en farmacia limitados por el estado.

El principal problema en el área de salud de seguro social, son los elevados cobros a los afiliados de manera obligatoria sin tener opción a contratar otro servicio de salud,

esto ha ocasionado que se den turnos hasta en periodos de meses o años para recibir atención general, otro problema que presenta es en las áreas de emergencia donde acuden principalmente esposas, esposos, hijos de los afiliados para control momentáneo, principalmente en horas de la noche y madrugada donde la atención es puede ser más rápida sin embargo los afiliados terminan acudiendo a atención de médicos privados, otro problema es la imagen que se ha generado por malas prácticas médicas en la institución esto ocasiona desconfianza en los familiares que les recomiendan busque valoración de médicos que no pertenezcan a la misma.

Un problema integral es la falta de información de la ficha clínica del paciente donde permita continuar con los tratamientos o analizar las valoración y recetas dadas por los médicos anteriores, esto ocasiona repetidos exámenes similares, elevados costos y en muchos casos con la muerte del paciente.

La problemática planteada orienta la formulación del siguiente problema:

Problema científico

¿Cómo optimizar los servicios en el área de emergencia del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo?

Sistematización del problema

Habiendo definido el problema de la investigación el mismo es posible sistematizarlo en las preguntas que siguen:

1. ¿Qué contenidos teóricos – científicos relacionados con la planificación estratégica se deben emplear para mejorar la actual condición para las tres instituciones Hospital General, IESS, Clínica Torres Medicas ?
2. ¿Cuáles son los principales problemas y causas que en las tres instituciones Hospital General, IESS, Clínica Torres Medicas que impiden la correcta implementación de un plan estratégico?
3. ¿Qué estrategias han de implementarse para eliminar las limitaciones que impiden la ejecución de plan estratégico que sirva de modelo en las tres instituciones Hospital General, IESS, Clínica Torres Medicas?

4. ¿Qué acciones han de realizarse para disminuir o eliminar las dificultades existentes para la implementación del plan estratégico en las tres instituciones Hospital General, IESS, Clínica Torres Medicas?

Objeto de investigación y campo de acción

El objeto de estudio gestión de servicio de salud, siendo su campo de acción plan estratégico articulado para atención de servicios de emergencia.

Delimitación del problema

La investigación se realiza en el Hospital Gustavo Domínguez, Instituto Ecuatoriano de seguridad social (IESS) y la Clínica particular Torres Medicas en la Provincia de Santo Domingo.

Identificación de la línea de investigación

Problemas sociales de salud (Gestión de riesgos emergencias y desastres)

Objetivo General

Diseñar un plan estratégico de articulación para actuar sobre las limitaciones de optimización en los servicios de emergencia en salud del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que orientarán la consecución del objetivo general son:

- Realizar búsqueda bibliográfica relacionada con la planificación estratégica para su correcta implementación.
- Identificar los principales problemas y causas que en el Hospital General de Santo Domingo, IESS, Clínica Torres Medicas que impiden la correcta implementación del servicio de calidad.
- Diseñar las estrategias que han de implementarse para eliminar las limitaciones que impiden la ejecución del plan estratégico en el Hospital General Santo Domingo, IESS, Clínica Torres Medicas.

- Desarrollar un plan estratégico que optimice y facilite la eliminación de las dificultades existentes mediante un Sistema de Control Interno en el Hospital General Santo Domingo, IESS, Clínica Torres Medicas.

Justificación

Importancia

La aplicación del plan estratégico aclara lo que se pretende conseguir decisiones estratégicas hacia la gestión de la visión que permitan el manejo de actividades en el desarrollo y cumplimiento de objetivos dejando un precedente documentado en las instituciones sujetas a investigación para optimizar de manera continua los servicios en el área de emergencia en Santo Domingo de los Tsáchilas. Las instituciones deberían implementar planes estratégicos y supervisarlos con un sistema de control interno para la solución de problemas en los procedimientos tanto operativos como operacionales en las áreas de emergencia mediante la investigación se puede conocer dificultades actuales y permanentes o cuellos de botella existentes y así mismo presentar acciones para minimizarlos o eliminarlos.

Impacto social

La presente investigación sirve para identificar variables que impiden un adecuado servicio de atención a los pacientes en las áreas de emergencia en las tres instituciones esto significa un gran aporte al sector de la salud, el plan estratégico permitirá reducir o eliminar los problemas existentes las propuestas de estrategias con procedimientos internos necesarios, el beneficio será una buena organización en beneficio de los pacientes que acuden en un buen servicio por el área de emergencias medicas con un autocontrol y autogestión.

Aplicación practica

La realización de un plan estratégico que permita actuar sobre dificultades que se presentan en la atención a pacientes con calidad en las áreas de emergencia aplicando sistemas de control ayudara a orientar la administración de las instituciones

enfocándose en los cuellos de botella para obtener un mejoramiento de eficiencia en la planificación estratégica basado en un correcto control en los servicios de calidad.

Idea a defender

Con el diseño de un plan estratégico articulado se contribuirá a optimizar los servicios de emergencia médica del Hospital Gustavo Domínguez, Hospital del IESS, y la Clínica Torres Médicas de Santo Domingo.

Metodología a emplear: métodos técnicos y herramientas empleadas en la investigación.

La presente investigación se basó en el paradigma cuanti-cualitativo con énfasis en lo cuantitativo.

Cuantitativo porque el objeto de estudio es los procesos estadísticos es decir numéricos además se obtendrán datos a través de la investigación de campo y la tabulación y lo cualitativo porque estos resultados serán examinados y fundamentados para la propuesta de solución y el predominio en la utilización de los métodos teóricos.

Nivel de estudio

Se asocia con los tipos exploratoria, para evidenciar los elementos que generan la problemática existente relacionada a la calidad de servicio en las áreas de emergencia, y de tipo descriptiva, donde narra eventos observados en el sitio de la inspección con un diagnóstico encontrando problemas y sus contextos en las instituciones sujetas a investigación en sus áreas de emergencia.

La Modalidad de investigación utilizada es de campo, recopilando información que se realizara directamente en la instituciones de salud al personal que labora en distintos departamentos para determinar limitantes existentes que impidan la implementación de estrategias de articulación.

Los tipos de la investigación a emplear son:

Investigación de campo: Cuando se habla de estudios de campo, nos referimos a investigaciones científicas, no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales y cotidianas.

Investigación bibliográfica: se trata de aquella etapa de la investigación en la que se basa en la información existente de libros, e internet, la misma que será útil para elaborar el marco teórico que fundamente científicamente la solución planteada al problema, mediante un modelo teórico.

Los métodos investigativos a utilizar son:

Métodos teóricos:

Permitirá profundizar en el conocimiento de regularidades y cualidades de los eventos o fenómenos, facilitara los elementos relacionados con la planificación estratégica, servicio de calidad, control interno sus conceptos, importancia el know how.

Método Inductivo-Deductivo: Este se aplica para la observación de fenómenos y llegar a conclusiones generales de la situación. Lo inductivo lo aplicamos el estudiar cada hecho que genere verdadera causa del problema que obstaculice implementar una planificación estratégica con una solución práctica con estrategias procesos y acciones. Lo deductivo para el diagnóstico y elaboración del plan.

Método histórico: analizaremos antecedentes de las instituciones en las áreas de emergencia permitiéndonos proyectar una correcta forma de operar la unidad.

Método Analítico-Sintético: Permite realizar un análisis de la problemática existente y dar la posible solución, descomponiendo el todo en sus partes y una síntesis que permita transmitir problema, objeto, objetivo.

Métodos empíricos

Permitirá en la investigación revelar características esenciales del objeto de estudio, esto permite la obtención de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracteriza al fenómeno o evento motivo de la investigación que en

particular se utilizara la observación que acepten o rechacen la implementación de un plan estratégico en las unidades de emergencia, con la medición a través de encuestas aplicadas para evaluar la percepción de los pacientes y personal de las instituciones en relación a los procesos para la calidad de los servicios con enfoque de control interno en las unidades; el sustento empírico será el plan estratégico con énfasis a la solución de los servicios de calidad.

Métodos estadísticos

En el presente estudio de investigación contribuye al proceso de obtención, representación, simplificación, análisis, interpretación y proyección de las características, variable o valores numéricos del estudio para una mejor comprensión de la realidad y una optimización de la toma de decisiones

Aporte teórico, significación práctica y novedad científica.

El aporte teórico del presente trabajo investigativo, se refleja en la base epistemológica que se construirá y puede ser fuente de consulta para otros estudiantes de la carrera de Medicina, Administración, Derecho así como la posibilidad de fundamentar los conceptos de planificación estratégica, calidad y calidez, derechos de los pacientes para extenderlos durante el desarrollo del plan que será un modelo teórico que permita solucionar problemas similares en otros hospitales dedicadas a la misma actividad.

La importancia de la planificación estratégica está orientada directamente al mejoramiento de la calidad y calidez de emergencias hospitalaria, que una vez planificada y organizada disminuyan notablemente el riesgo y generen nuevas ideas de atención al cliente, procesos, protocolos, en cumplimiento de derechos y obligaciones con los pacientes.

CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO

1.1 Gestión de los servicios de salud

Los servicios de salud son de fundamental importancia para responder a la calidad asistencial. El proceso de evaluación permite evaluar la estructura, proceso y resultados de una organización, incluyendo todos los aspectos de su entorno. Es un instrumento de gestión y de investigación aplicada que ofrece herramientas para identificar las fortalezas y/o debilidades en las diversas fases del proceso asistencial, permitiendo el desarrollo de toma de decisiones con argumentos racionales para la implementación de estrategias y/o metas para la mejora de la calidad de los servicios de salud. El propósito básico de las organizaciones del sector público es proveer servicios, no hacer ganancias. Los gobiernos definen los tipos de servicios y sus límites, lo cual debe basarse en procesos democráticos. La sociedad necesita que algunos productos o servicios sean producidos a gran escala y los servicios básicos, como el servicio de salud, deben ser distribuidos por el Estado para asegurar equidad y justicia. Según Walsh (1995), “algunos productos o servicios no deben estar abiertos al mercado porque ellos son parte de los derechos fundamentales del ser humano (Molina M., 2001). Para Hubbard (1997), un servicio se considera público si posee alguna de las siguientes características:

- Servicio meritorio, aquel que se considera un derecho fundamental de todos los ciudadanos, como el caso de la salud y la educación.
- No exclusión de aquellos que no pueden pagar por él, de tal manera que todos se beneficien.
- No rivalidad, es decir, que al ser utilizado por alguien el servicio no limite su uso por otros.
- El sector privado no es capaz de producirlo en suficiente cantidad para satisfacer las necesidades de la sociedad, por ejemplo, el aire y los ríos limpios, las carreteras, etc.
- Peligro moral. La información es asimétrica por parte del productor del servicio y el usuario no tiene la capacidad para juzgar la calidad de éste, por ejemplo, los tratamientos médicos.
- Costos y beneficios externos y altas externalidades. Las personas que no reciben el servicio se benefician de éste, como en el caso de la inmunización.
- Beneficio personal y externo alto, como sucede con la

educación y la salud. • El incremento de retornos por rentabilidad social y económica y bajo costo por producción a gran escala (M., 1997).

Figura N° 1 Modelo de gestión de la nueva administración pública

<p style="text-align: center;">Búsqueda de la eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del volumen de actividades con los mismos recursos. "Hacer más con menos" • Control financiero • Control de gestión • Auditoría • Énfasis en la atención al cliente • Menos regulación • Pagos según desempeño • Menos influencia y poder de los grupos profesionales y sindicatos • Énfasis en la dirección y perfiles directivos 	<p style="text-align: center;">Descentralización y flexibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el mercadeo • Cambio de la administración jerárquica hacia la contratación y el desarrollo local • Eliminación de niveles administrativos y reducción de recurso humano en los niveles centrales e intermedios de las organizaciones • Separación de aseguradoras y productores de servicios • Cambio de la dirección y control por nuevos estilos administrativos • Estimulo a la formación de redes de organizaciones y alianzas estratégicas • Flexibilidad de la gestión
<p style="text-align: center;">Búsqueda de la excelencia (Human Relations School of Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gran importancia a la cultura y el desarrollo organizacional: valores, cultura, ritos y símbolos • Énfasis en los procesos de aprendizaje • Manejo del cambio basado en los valores culturales de los empleados y de la organización • Enfoque humanístico que estimula el autodesarrollo y la participación • Énfasis en el liderazgo carismático y transformacional más que en el liderazgo transaccional 	<p style="text-align: center;">Orientación al servicio público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusión de estilos administrativos de los sectores público y privado • Énfasis en la misión del sector público diferenciado del sector privado • Elevar la calidad administrativa involucrando prácticas del sector privado • Garantizar la responsabilidad social de los servicios • Mayor preocupación por la calidad del servicio • Énfasis en el usuario y en la relación con la ciudadanía • Devolución del poder a la autoridad local • Escepticismo en el mercado del sector público

Fuente: Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad Antioquia

1.1.1 Tendencia de la gestión de los servicios de salud

Los sistemas de salud han estado en la agenda de los gobiernos y han sido objeto de permanentes análisis y reformas que han implicado el desarrollo de nuevos modelos para la prestación de más y mejores servicios, para un número mayor de población. Según Walsh,(1995) "la clave de la eficiencia en la administración del servicio público, está en la separación de la responsabilidad del aseguramiento de la responsabilidad de producción de servicios. Para Frenk, "es la naturaleza de las relaciones entre los

diferentes actores lo que caracteriza el sistema de salud (Frenk, 1994). Para Laurel AC (1994), una política sanitaria es satisfactoria cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Hay igualdad en la atención a la salud cuando a igualdad de necesidades se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos. En estos cambios del sistema de salud público, la gestión se orienta fundamentalmente hacia crear nuevos paradigmas centrados en:

- Lograr mayor equidad en la accesibilidad a los servicios de salud.
- Lograr solidez financiera del sistema para asegurar la sostenibilidad de los servicios.
- Lograr mayor eficiencia, efectividad y calidad en la prestación de los servicios.
- Destacar la orientación hacia el usuario, creando nuevos valores culturales en las organizaciones de salud.
- Crear incentivos basados en el desempeño y los resultados.
- Fortalecer el trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial.
- Generar un mercado interno y crear competencia.
- Separar el papel del aseguramiento del de la producción de servicios. (Laurel, 1994)

Según los valores y circunstancias de cada país en materia de salud, se establecen prioridades en las políticas, las metas y las estrategias de la gestión.

1.1.2 Modelos de organizaciones de servicio

Se han desarrollado diferentes formas de organización de los servicios y entre las más importantes, se destacan: 1.- Modelo integrado: financiamiento público y hospitales públicos con personal de salud asalariado. 2.-Modelo de contratos: seguro público y contratos con proveedores públicos y privados. Y Modelo de reembolso en el cual el estado o las aseguradoras reembolsan a los usuarios los servicios pagados; no hay contratos (Risco, 2007)

1.1.3 Estructura y componentes de la organización

Para Sergio Hernández 2002, define a la estructura como: “Ensamblaje de una construcción, una ordenación relativamente duradera de las partes de un todo y su relación entre ellas (Hernandez, 2002)”. Pero Max Weber en su enfoque del estructuralismo consideraba tres conceptos importantes: 1.- El concepto de burocracia:

En la actualidad es un concepto mas usados y conocido entre todos lo que tenga relación con la función pública, que vendría siendo como la ineficiencia organizativa. 2.- Concepto de clasificación de autoridad: Es la capacidad de poder mandar e influir sobre otras personas. 3.- Modelo ideal de burocracia: Se basa en el concepto de burocracia pero un modelo de este debe estar integrado por: una máxima división de trabajo, jerarquía de autoridad, reglas de autoridad, reglas que definan la responsabilidad y la labor, actitud objetiva del administración, calificación técnica y seguridad en el trabajo y evitar la corrupción.

1.1.3.1 Ambiente y cultura organizacional

En el ambiente, Es necesario que las personas que pertenecen a una organización interactúen con el fin de lograr los objetivos propuestos, cada integrante contribuye en un rol específico que le permite desarrollar una serie de actividades, funciones y atribuciones para cumplir con el trabajo, (Carlos Julio Galindo Ruíz, 2006), en la cultura; es el modo de vida y desempeño de los trabajadores teniendo en cuenta sus necesidades, deseos, valores, creencias y ambiciones, existen cuatro tipos de cambios estructurales, tecnológicos, productos o servicios, culturales. (Carlos Julio Galindo Ruíz, 2006, pág. 111)

Figura 2 Tipos de cambio estructurales



Fuente: Elaboración propia del Autor

Los cambios oportunos mejoran el nivel de estructura de las empresas así mismo la eficiencia y eficacia del personal que asume estos cambios para cumplir los objetivos de la empresa.

1.1.3.2 Benchmarking

Es una forma reciente de generalizar y evaluar el ambiente, mediante una investigación de los mejores resultados obtenidos entre competidores y no competidores así como sus prácticas para obtener resultados. En términos de resultados la valorización de los competidores que muestra la tasa de ingresos por empleados más alta servirá al administrador como referencia para evaluar su productividad (Hitt, 2006, pág. 310).

1.1.3.2.1 Coaching

Es un sistema que incluye conceptos, estructuras, procesos, herramientas de trabajo e instrumentos de medición y grupos de personas; comprende también un estilo de liderazgo, una forma particular de seleccionar gente o crear grupos de personas en desarrollo. El coaching está siendo aplicado cada vez más en empresas y organizaciones de todo tipo. La intervención de un coach profesional, en grupos de trabajo o en trabajo personal sobre los directivos, está transformándose rápidamente en una ventaja competitiva de la organización el coaching es importante para las empresas:

- Facilita que las personas se adapten a los cambios de manera eficiente y eficaz.
- Moviliza los valores centrales y los compromisos del ser humano.
- Estimula a las personas hacia la producción de resultados sin precedentes.
- Renueva las relaciones y hace eficaz la comunicación en los sistemas humanos.
- Predispone a las personas para la colaboración, el trabajo en equipo y la creación de consenso.
- Destapa la potencialidad de las personas, permitiéndoles alcanzar objetivos que de otra manera son considerados inalcanzables.

El COACH no es más que el líder que se preocupa por planear el crecimiento personal y profesional de cada una de las personas del equipo y del suyo propio

El coaching se debe aplicar cuando:

- Existe una retroalimentación pobre o deficiente sobre el progreso de los empleados, causando bajo rendimiento laboral.
- Cuando un empleado de cualquier área merece ser felicitado por la ejecución ejemplar de alguna destreza.
- Cuando el empleado necesita mejorar alguna destreza dentro de su trabajo.

1.1.3.3 Perspectivas administrativas

Perspectiva 1: el contexto organizacional.- la estructura organizacional deja en claro es imposible hacerlo sin tomar en cuenta el contexto organizacional. La estructura debe adaptarse a la estrategia. Si la respuesta es de rápida innovación, entonces una estructura con muchos niveles y unidades inflexibles sería inadecuada. es necesario considerar la naturaleza de su organización: su cultura y sus fortalezas y debilidades (Hitt, 2006, pág. 260), cuando una nueva estrategia es rápida y la vieja estructura en la toma de decisiones es lenta, formal y reflexiva, entonces su simple colocación sobre comportamientos antiguos no funcionaría, y se ve necesario planear su implementación eficaz dentro del contexto de la organización. Perspectiva 2.- el factor humano.- un error al estructurar organizaciones es suponer que si se cambia los cuadros y las líneas automáticamente comenzaran nuevas conductas. Para que una estructura funcione eficazmente ocurrirá solo si se trabaja con otros individuos que adquieran nuevas habilidades y capacidades para que la nueva estructura se desarrolle normalmente (Hitt, 2006, pág. 261). Perspectiva 3.- dominio experto de las paradojas, el desarrollo de una estructura que está integrada y que haga diferenciación genera paradoja en los administradores. Perspectiva 4.- mentalidad emprendedora, la mentalidad emprendedora y la innovación es vital para la organización y la supervivencia de la misma. Demasiada formalización puede entorpecer la flexibilidad para ser emprendedor e innovador. Si la organización de la compañía es fuerte e integrada a la vez tales ideas se comunicaran a otras unidades y estas las utilizaran para crear más y mejores productos y servicios. Una estructura de red permite que la organización participe en diversas alianzas con socios externos. Los administradores pueden aprovechar los

conocimientos de otras sociedades para mejorar sus propias innovaciones. Las perspectivas indican que el diseño de una estructura organizacional podría ser una de las actividades más complejas de la organización ya que garantizan a los administradores que comprendan el diseño organizacional mejorando el crecimiento.

1.1.3.4 Organización

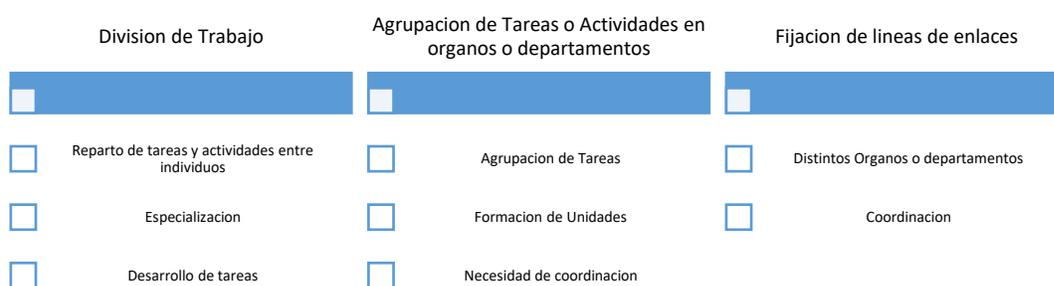
Según Campus Bueno (1996) define a la organización como función directiva al conjunto de proposiciones teóricas que estudian la naturaleza, estructura y funcionamiento de las organizaciones (sistemas y grupos humanos) y que intentan precisar la serie de principios, rutinas, reglas y métodos por la que se desarrollan. (Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez, 2007, pág. 15), así mismo define a la organización como entidad: al conjunto de personas con los medios necesarios y adecuados que se relacionan entre si y funcionan para alcanzar una finalidad determinada que puede ser lucrativa como no lucrativa (Campos, 1996)

1.1.3.5 Estructura organizativa

Es un instrumento sobre el que se apoya la función directiva de la organización que articula el conjunto de relaciones y actividades de la empresa.

Se define como esquema básico de reparto de tareas y responsabilidades de una organización. (Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez, 2007), la definición implica la determinación de las tareas y actividades específicas de cada individuo y reparto de tareas con coordinación.

Figura 3.- Procesos de estructura organizativa

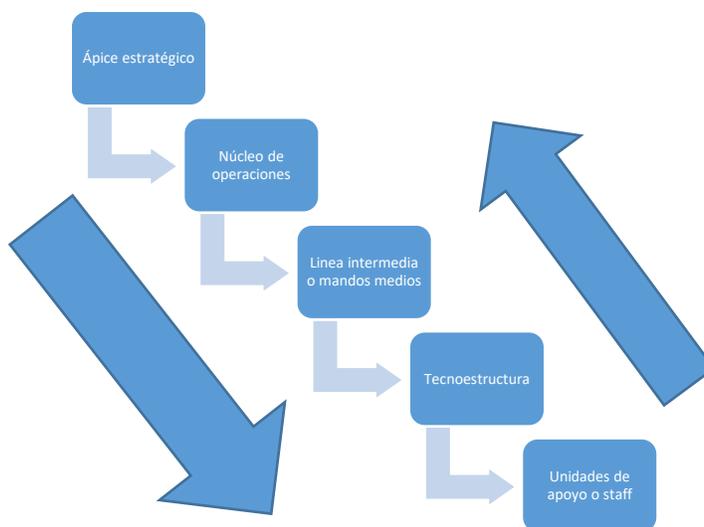


Fuente: Elaboración propia del Autor

1.1.3.6 Componentes o partes de la organización

Para comprender el funcionamiento de las organizaciones, debemos conocer primero, sus partes constitutivas y las funciones de cada una de ellas, así como la forma como se relacionan entre sí. Estas partes de la organización o componentes, según H. Mintzberg, se explican: Apéndice estratégico.- es el comienzo o inicio de una persona esta es el apéndice estratégico o de alta dirección, quien ostenta el cargo más alto con la función de velar por el funcionamiento de la organización se las puede llamar: presidentes, directores, gerentes, ejecutivos, encargados, administradores, rectores (B., 2004, pág. 16). Núcleo de operaciones.- son los trabajadores que realizan el trabajo sustantivo, los que llevan a cabo directamente la producción de bienes y servicios

Figura 4.- Componentes de la organización



Fuente: Elaboración propia del Autor

1.1.3.7 Mecanismos de coordinación

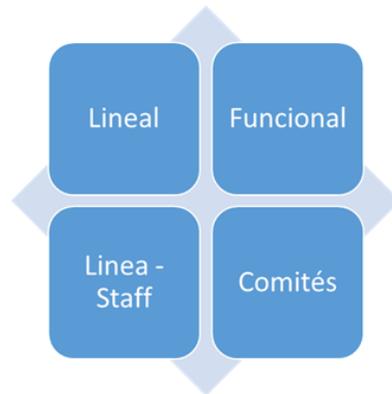
1.1.3.8 Tipos de estructuras organizacionales

Según Chiavenato la estructura organizacional son los patrones de diseño para organizar una empresa, con el fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado. Modelos de estructuras organizacionales en términos generales un “modelo”

es la representación de alguna cosa, como lo definió Jorge Etkin. “En el sentido más general se llama modelo aun conjunto de elementos, sean estos materiales, símbolos gráficos, ideas o palabras que son utilizadas para representar un fenómeno real con una finalidad práctica”; clasificación:

1.- Estructuras formales: se dividen en 4 estructuras

Por organización formal se entiende, en general la estructura intencional de funciones en una empresa formalmente organizada. Pero describir a una organización como “formal” no significa que contenga nada inherente inflexible o indebidamente limitante. (Gallo, 2009) : estructura resumen:



Fuente: Elaboración propia del Autor

2.- Estructural informales.- Estructura informal o estructura social tiene que ver con las dinámicas y relaciones entre los individuos que habitan la organización, y sus interrelaciones, comprende cinco componentes:

- a) Las relaciones de poder y de autoridad como tal (en lo formal e informal).
- b) Las expectativas e intereses, conflictos, y fines mutuos de sus miembros.
- c) Las interrelaciones humanas y sus comportamientos.
- d) La cultura organizacional propiamente dicha
- e) Los diferentes grupos informales con sus intereses.

Elementos básicos de la estructura organizacional

Los elementos que se deben tener en la estructura organizacional vienen dados por variables:

- a) Atendiendo las disposiciones normativas.
- b) Redefiniendo los objetivos y las estrategias institucionales.
- c) A la reagrupación de unidades respetando áreas funcionales.
- d) Reduciendo personal conforme a la siguiente secuencia:
- e) Congelando puestos o plazas vacantes.
- f) Liquidación de personal de áreas adjetivas o de apoyo.
- g) Liquidación de personal de áreas sustantivas (siguiendo los niveles jerárquicos en forma ascendente, esto es, personal secretarial, analista, jefes de oficina, jefes de departamento.)
- h) Redistribuyendo y o re direccionando funciones.
- i) Diseñando y aplicando cuestionarios a través de entrevistas dirigidas en cada área para captar información sobre:
 - j) Funciones por área.
 - k) Procedimientos.
 - l) Cargas de trabajo.
 - m) Soporte tecnológico.
 - n) Relaciones con el entorno.
 - o) Replanteando territorios o áreas de trabajo.
 - p) Revisando el tipo y presentación de productos y ó servicios que se ofrecen.
 - q) Estableciendo condiciones de operación viables y oportunas.
 - r) Replanteando relaciones de trabajo con organizaciones que brindan insumos, servicios o pautas de acción.
 - s) Racionalizando recursos de trabajo (materiales y tecnológicos).
 - t) Reduciendo la cadena escalar de autoridad.
 - u) Capacitando a los mandos superiores y medios para asimilar el cambio.
 - v) Desincorporando áreas.
 - w) Promoviendo la creación de fuentes de trabajo suplementarias.
- x) En todos los casos se deben respetar los aspectos funcionales asignados a las áreas.

1.2 Fundamentación legal

Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la Ley de Descentralización y participación social. Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Tabla # 1 Funciones del sistema Nacional de salud

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho Ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Issfa e Isspol.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

Elaborado por el Autor

De la responsabilidad profesional Según el código Orgánico De Salud Art. 380.- Si en el ejercicio de la práctica profesional se produce un daño a la salud del paciente, la responsabilidad de los profesionales u otro personal de la salud y entidades de salud será calificada como culpa grave, moderada o leve. Art. 381.- Se exime de responsabilidad a los profesionales de la salud que en sus procedimientos ocasionen daños atribuibles a evolución natural de la enfermedad, caso fortuito, fuerza mayor, o fuerza irresistible (Humanos, 2013).

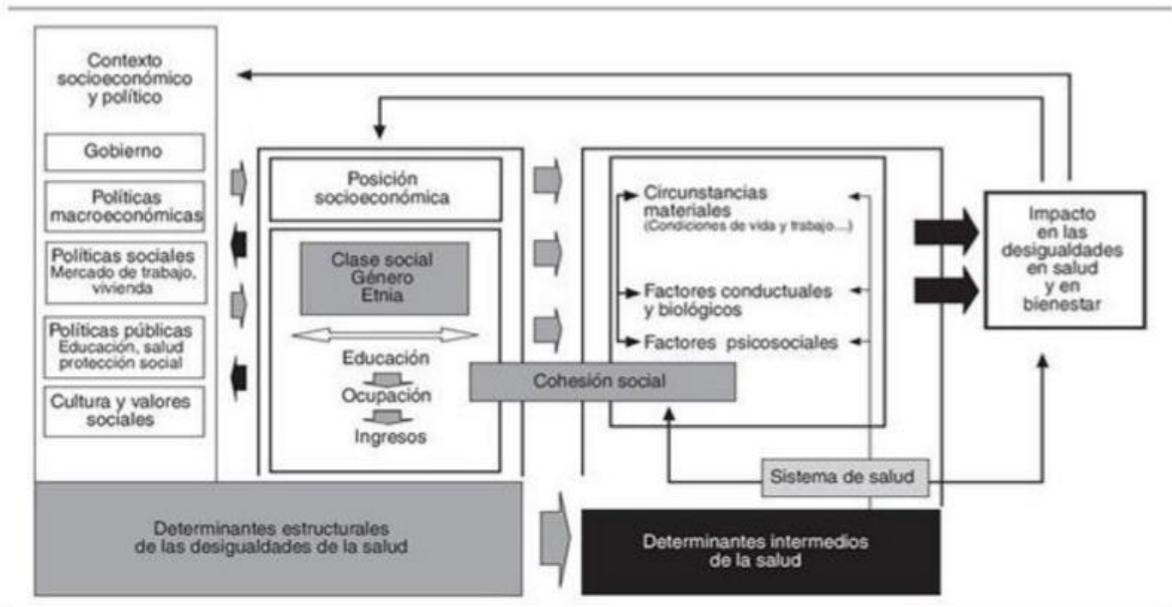
1.3 Planificación de los servicios de emergencia en salud

Como para cualquier empresa el plan estratégico de centros de salud suele ser cualitativo, describe en términos medibles los objetivos de la organización el plan estratégico es también temporal en intervalos de tiempo explícitos (Zukerman, 2006), según Julia Li Vargas(2005) la planificación es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico con el propósito de decidir lo que se quiere y adonde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomaran los medios y los responsables (Vargas J. L., 2005). La Planificación Estratégica orienta esfuerzo e la planificación con el compromiso de accionistas o gobiernos a la consecución de objetivos.

1.4 Articulación de los servicios de emergencia

Según el Ministerio de Salud Pública(2013), el Modelo de Atención Integral de Salud(MAIS-FCI), es ofrecer prestación de salud en atención integral de personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado, integrado y consolidado la estrategia de atención primaria de salud (APS), renovada en tres niveles de atención reorientando los servicios de salud hacia la promoción y de prevención de enfermedades, fortalecer la recuperación, rehabilitación de cuidados paliativos y atención pre hospitalaria para brindar una atención integral de calidad y en red (Publica, 2013).

Figura 5 Marco conceptual determinantes de salud



Fuente: Solar e Irwin

El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones secas, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria. (Publica, 2013, pág. pag 35)

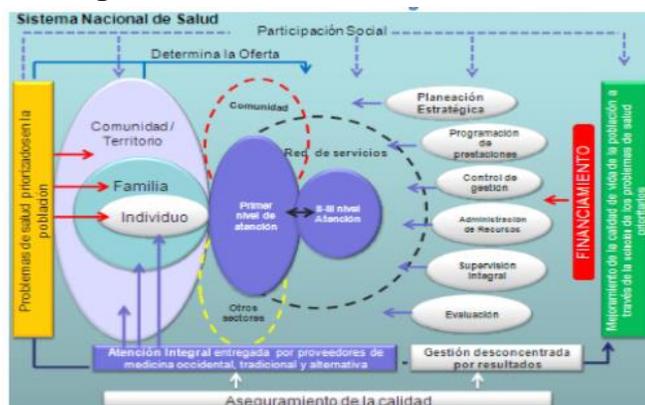
Figura # 5 Determinantes de salud



Fuente: Marck Lalonde, 1974.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida

Figura # 6 Modelo Mais-Fci- Ecuador



Fuente: Ministerio de salud

1.5 Optimización de los servicios de emergencia

1.5.1 Tipología y homologación de establecimientos de salud

El Acuerdo Ministerial No0.0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Figura 7 Niveles de atención



Elaborado por: Equipo SEPPS

Las misiones y funciones de las Coordinaciones Zonales en Salud están explicitadas en el Estatuto Orgánico del MSP y son: Coordinar, controlar y planificar en la zona las acciones referentes a vigilancia de la Salud pública, de la vigilancia y control sanitario, la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, y participación social, modelo de atención y, redes pública y complementaria de salud

1.5.2 Calidad de los servicios de Emergencia

La calidad la podemos definir como: “El conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios”. (Pabón, 1985, Pág. 134). Según Ruelas (1990) la calidad de la atención incluye dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. Los programas de calidad deben ser integrales, tanto la dimensión técnica como la interpersonal. La calidad técnica debe comprender la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En la estructura juega un papel decisivo los programas de licenciatura de profesionales, certificación de especialistas y acreditación de unidades. La monitoria y el mejoramiento de los procesos de atención. Con relación a los resultados de la atención, es necesario contar con indicadores integrales, que incluyan no solamente la mortalidad sino también la morbilidad y la calidad de vida, Para evaluar los servicios de salud se requiere inicialmente una descripción orientada de tres elementos generales: la población con sus necesidades;

los recursos de salud existentes y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos, La evaluación de esfuerzo comprende: la estructura, la cual está constituida por la disponibilidad y accesibilidad, el proceso, que está constituido por la extensión e intensidad del uso, la utilización cuantitativa, la utilización organizacional, la calidad, la productividad y rendimiento, y por último, los resultados que está constituido por la efectividad, la cobertura, la eficacia y la eficiencia.

Donabedian (1991) establece una serie de elementos que facilitan el análisis de la calidad asistencial, los cuales son:

- Componente técnico, como expresión entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.
- Componente interpersonal, expresión de la importancia de la relación paciente profesional de la salud.
- Componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla

1.6 Planeación

1.6.1 Visión General de la planificación.-

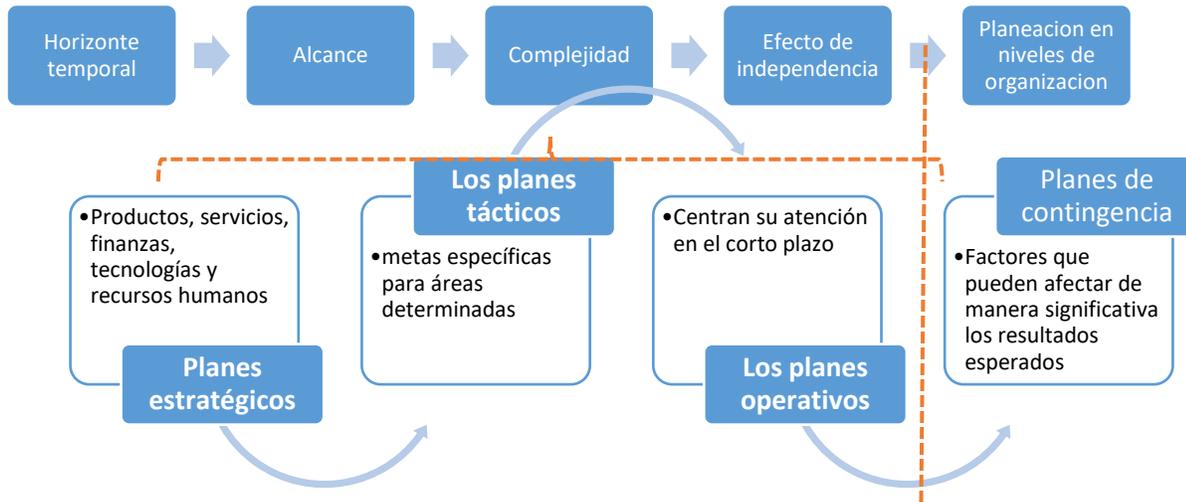
los objetivos (condiciones o metas finales que los administradores de la compañía de esfuerzan por lograr), planes (medios a través de los cuales el administrador espera lograr las metas deseadas), planeación (proceso de toma de decisiones que centra su atención en el futuro de la organización y en la manera de lograr sus objetivos (Hitt, 2006, págs. 270-271), **la planeación es** en esencia un proceso de toma de decisiones que centra su atención en el futuro de la organización y en la manera de lograr sus metas. Desde esta perspectiva el establecimiento de objetivos organizacionales necesariamente precede al desarrollo de los planes de organización. Sin objetivos y metas no hay sentido en cualquier organización, los objetivos ayudan a fijar los rumbos o enfocar el esfuerzo, guiar las conductas y evaluar los progresos.

1.6.1.1 Tipos de planes

En las organizaciones complejas debemos existen 3 clase distintas: **Planes estratégicos.**- centran su atención en el futuro en lo más amplio de la organización e integran las demandas del ambiente externo y los recursos internos con las acciones de los administradores. Los planes estratégicos se refieren a aspectos principales como productos, servicios, finanzas, tecnologías y recursos humanos así se enfocan el lograr objetivos entre uno y cinco años.

Los planes tácticos.- traducen los planes estratégicos en metas específicas para áreas determinadas de la organización, el planteamiento de los planes tácticos debe ser un complemento de los planes estratégicos integrales en ocasiones suelen ser independientes de otros planes tácticos. **Los planes operativos.**- centran su atención en el corto plazo y traducen los planes tácticos en metas y acciones específicas para pequeñas unidades de la organización. Los planes estratégicos, tácticos y operativos difieren entre si en cinco dimensiones relevantes: horizonte temporal, alcance, complejidad, efecto de independencia además analizar la planeación en los diferentes niveles de la organización. Adicionalmente enfocamos los **planes de contingencia.**- que identifican los factores que pueden afectar de manera significativa los resultados esperados y especifican las acciones que se deben realizar si suceden los cambios anticipados, se puede indicar que el plan de contingencia anticipado la organización estaría mejor preparada para responder ante cualquier cambio interno o externo de la organización así los pronósticos tendrían respaldo técnicos. (Hitt, 2006, pág. 280)

Figura 9 Tipos de planes y sus dimensiones



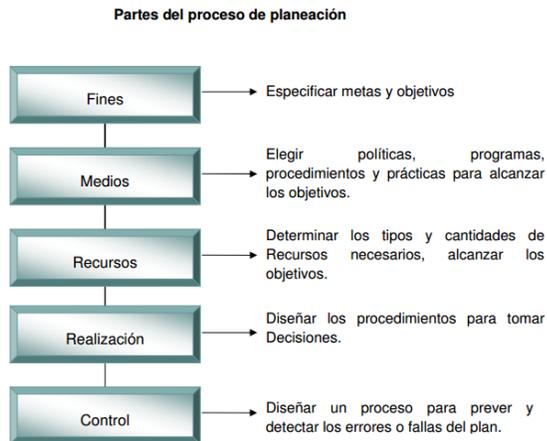
Fuente: Elaboración propia del Autor

1.7 Planificación estratégica

1.7.1 Planeación

Etapa que forma parte del proceso administrativo mediante la cual se establecen directrices, se definen estrategias y se seleccionan alternativas y cursos de acción, en función de objetivos y metas generales económicas, sociales y políticas; tomando en consideración la disponibilidad de recursos reales y potenciales que permitan establecer un marco de referencia necesario para concretar programas y acciones específicas en tiempo y espacio. Los diferentes niveles en los que la planeación se realiza son: global, sectorial, institucional y regional. Su cobertura temporal comprende el corto, mediano y largo plazos. (CASTRILLÓN, 2007)

Figura # 10 proceso de planeacion



Fuente: Castrillón

1.7.2 Estrategia

En los últimos años el concepto de estrategia ha evolucionado de manera tal que en base a éste ha surgido una nueva escuela de administración y una nueva forma de dirigir las organizaciones, llamada “administración estratégica” (strategic mangement). Por estrategia para la administración básicamente se entiende la adaptación de los recursos y habilidades de la organización el entorno cambiante, aprovechando sus oportunidades y evaluando los riesgos en función de objetivos y metas. Es abordar la dirección hacia la cual debe dirigirse la organización, su fuerza direccionadora, y otros factores claves que ayudarán a la organización a determinar su productos, servicios y mercados del futuros. (CASTRILLÓN, 2007, pág. pag 7)

1.7.3 Planeación Estratégica

Planeación estratégica es una herramienta que permite a las organizaciones prepararse para enfrentar las situaciones que se presentan en el futuro, ayudando con ello a orientar sus esfuerzos hacia metas realistas de desempeño, por lo cual es necesario conocer y aplicar los elementos que intervienen en el proceso de planeación. En planeación estratégica se sigue el principio del compromiso, por lo que los

Es el componente intermedio del proceso de planificación, situado entre el pensamiento estratégico y la planificación táctica.

Figura # 12 Modelo de planificación estratégica



Fuente: Chiavenato/gestión de talento humano (2009)

1.8 Control interno.

Según Cepeda A, 2000; es un conjunto de planes y métodos adoptados por una organización con el fin de asegurar y proteger los activos física y contablemente. Aguirre & Fernández, 1996, comparten la investigación aumentando los objetivos y metas determinadas por los gerentes; Madagaría G, 2004; propone lo anterior frente a los fraudes eficiencia y eficacia operativa dentro de la empresa. Cook, 1987; es asignación de deberes y responsabilidades, el diseño de cuentas e informes todas las medidas y métodos empleados es integral. Sin embargo Aguirre, 1996; que proporciona un grado de seguridad "razonable" para la consecución de objetivos.

1.8.1 Elementos del control interno en salud

Según Martínez T, 1989 y Casal, 2004; presenta el siguiente sistema:

- Establecer una estructura estándar de Control Interno que soporte los procesos de Implementación, unifique los criterios de control y garantice un control corporativo a la gestión del Hospital que le permita el cumplimiento de sus objetivos.

- Motivar la construcción de un entorno ético alrededor de la función administrativa del Hospital.
- Mantener una orientación permanente a controlar los riesgos que pueden inhibir el logro de los propósitos del Hospital.
- Establecer la comunicación como un proceso de control a la transparencia y la divulgación de información a los diferentes grupos de interés.
- Otorgar un valor preponderante a la evaluación ya sea este del orden administrativo, financiero u operativo realizado por la Unidad de Control Interno o por los órganos de Control legalmente establecidos.
- Dar mayor relevancia a los Planes de Mejoramiento, como herramienta que garantice la proyección de la entidad hacia la excelencia y calidad total.

1.8.2 Componentes del control interno

Son inherentes al estilo de la gestión de la empresa de la forma como la administración maneja el ente y los procesos administrativos los mismos son:

- a) Ambiente de control
- b) Evaluación de riesgos
- c) Actividades de control
- d) Información y Comunicación
- e) Supervisión y seguimiento

Los componentes señalados no se los aplica en forma secuencial, en donde uno de los componentes afecta solo al siguiente, por lo contrario es un proceso multidisciplinario repetitivo y permanente en el cual más de un componente influye en los otros y contempla un sistema integrado que reacciona dinámicamente a las condiciones cambiantes.

Conclusiones parciales del capítulo

El sistema de salud publico según varios autores se caracterizan principalmente en cuatro puntos: el aumento de volumen de actividades con los mismos recursos, en la búsqueda de la eficiencia, la descentralización eliminando niveles administrativos reducción de personal, la excelencia buscando la cultura organizacional pública y la

orientación del servicio con enfoque a la atención del paciente. En los fundamentos legales la salud pública tiene desarrollado un complejo sistema legal. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política.

En los servicios de calidad es importante según los autores. Los programas de calidad deben ser integrales, tanto la dimensión técnica como la interpersonal. La calidad técnica debe comprender la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En la estructura juega un papel decisivo los programas de licenciatura de profesionales, certificación de especialistas y acreditación de unidades.

Desde la perspectiva de la planificación el establecimiento de objetivos organizacionales necesariamente precede al desarrollo de los planes de organización.

En el control interno se maneja procesos administrativos como, Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y Comunicación, Supervisión y seguimiento

CAPITULO II

2 MARCO METODOLÓGICO Y PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA

2.1 Descripción de del procedimiento metodológico para el desarrollo de la investigación

2.1.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se fundamentó en el paradigma cualitativo y cuantitativo con énfasis en lo cualitativo. Cualitativo ya que el objeto de estudio serían estudio gestión de servicio de salud, siendo su campo de acción plan estratégico articulado para atención de servicios de emergencia, que son cualitativos por ser descriptivos y por el predominio en la utilización de los métodos teóricos, debido a que para obtener información de gestión, servicio en emergencia, plan estratégico articulado. Además es cualitativo porque los resultados que se obtengan de la investigación de campo serán examinados y fundamentados para el desarrollo de la propuesta.

Es cuantitativo por los datos numéricos que se obtuvo a través de la recolección de información en la aplicación de los instrumentos de investigación. Las encuestas con preguntas cerradas y que mediante la estadística serán tabuladas y presentadas para la interpretación. La presente investigación se basó en estudios bibliográficos, revistas indexadas y en un trabajo de campo así como casos de articulación de servicios de emergencia nacionales o internacionales, se utilizó como fuente libros e internet, señalamiento actualizado de autores, así como clásicos los mismos que ayudan alcanzar los resultados de la investigación sustentada.

2.1.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

2.1.2.1 Bibliográfica

Esta indagación apoya la investigación que se va a realizar, con conocimientos de experimentos ya hechos para repetirlos cuando sea necesario en planes de articulación de servicios de emergencia. Es investigación bibliográfica porque se apoya en textos, información del internet, revistas indexadas, información de discursos, foros que tienen sustento bibliográfico.

2.1.2.2 De Campo

La investigación es de campo cuando se traslada al lugar de los hechos (Hospital Gustavo Domínguez¹, Hospital Del IESS², y La Clínica Torres Médicas), se presenta mediante el análisis de una variable, en condiciones rigurosamente controladas con el fin de describir de qué modo o porque causas se produce una situación o acontecimiento.

Su meta no se limita a la recolección de datos si no a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

2.1.2.3 Exploratoria

Así mismo se puede aplicar la investigación exploratoria, mediante la recolección de los datos pues, no existen investigaciones previas sobre el objeto de estudio y nuestro conocimiento del tema es impreciso que nos impide sacar las más provisorias

¹ Acuerdo ministerial Nº 4337 regente por el Dr. Luis Serrazín Dávila , Fue construido a partir de 1976 en un lote del seguro social adquirido por convenio del Ministerio de Salud Pública. El informe justificativo por su creación fue elaborado por los doctores Gustavo Domínguez Z, director del Hospital "Agusto Egas" y Gonzalo Cárdenas, jefe de fomento y protección del mismo hospital, gestión que fue aceptada por el señor Coronel de Sanidad Raúl Maldonado Mejía, Ministro de Salud Pública de ese entonces

² La provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas ahora cuenta con un hospital de segundo nivel, con capacidad para 120 camas, que beneficiará aproximadamente a más de 300 mil personas de esta provincia. Con una estética moderna y funcional, el hospital tiene 12.467 metros de construcción dividida en cinco plantas; adicionalmente contempla áreas verdes y de estacionamientos.

conclusiones sobre qué aspectos son relevantes y cuáles no, se requiere en primer término explorar e indagar, para lo que se utiliza la investigación exploratoria.

2.1.2.4 Descriptiva

La investigación es de carácter descriptivo por cuanto el objeto de estudio se lo identificó en sus particularidades a partir de encuestas y entrevistas, las cuales se utilizaron para el análisis de los procesos que se efectuaran en las áreas relacionadas con las ventas para así dar alternativas de solución.

2.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo.- El universo de investigación para determinar la muestra de estudio: La población está compuesta por personal administrativo y de blanco del IESS, Hospital Gustavo Domínguez, Clínica Torres Medicas.

Tabla# 2 Variable de población y muestra

Variables(personal administrativo)	Universo	Muestra
IESS,	80	
Hospital	90	
Clinica	30	
Total	200	131

Muestra de la Investigación.- Para poder determinar el tamaño de la muestra del universo de la investigación se usó el muestreo aleatorio simple, el uso de la siguiente fórmula se establece el total de la población que constituirá parte de la recolección de información.

Dónde:

Para que la investigación tenga mayor seguridad se aplica un nivel de significancia del 95% se ha considerado un 5% de margen de error.

$$n = \frac{Z^2 . N . P . Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 . P . Q}$$

Distribución Z=95% para P=0,50 y Q= 1-p= 0,50 el error E= 5%

En donde:

N Tamaño de la población total (200)

n Tamaño de la muestra total

Z Referencia estandarizada dado un nivel de confianza (95% - 1,96)

E Margen de error (0,05) 5%

p 50%

q 50%

Ecuación:

$$n = \frac{200 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{(200 - 1)(0,05^2) + (0,5)(0,5)*1,96^2}$$

n = 131 Encuestas

2.1.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.4.1 MÉTODOS

Los métodos de la investigación nos permiten desarrollar de manera correcta la investigación así como el camino a seguir para indagar y recopilar información necesaria para el desarrollo de la propuesta.

2.1.4.1.1 Inductivo – Deductivo.

El inductivo es el que estudia los aspectos particulares para una comprensión general del tema investigado; parte de un conocimiento general de tema llegado a indagar las particularidades del mismo.

2.1.4.1.2 Analítico – Sintético

Para conocer un fenómeno es necesario descomponer en sus partes. Implica el análisis y la síntesis (del griego síntesis que significa unión de elementos para formar un todo. Este método entonces parte del análisis, esto es la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos para volverlos a unir mediante la síntesis.

2.1.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

La recaudación de información, es la actividad mediante la que se recoge, procesa y analizar fundamentos que se efectúa con orientación y sustento de entrevistas y encuestas que a la vez requieren de instrumentos de investigación.

2.1.5.1 Entrevista

Logra información en forma verbal, a través de preguntas que propone el investigador. Quienes responden en este caso pacientes, los cuales son usuarios potenciales del seguro campesino.

2.1.5.2 Encuesta

Técnica cuantitativa que consiste en una exploración realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características de los involucrados.

2.1.6 INSTRUMENTOS

Los instrumentos de investigación que se aplicaron en este trabajo son:

2.1.6.1 El Cuestionario

Este instrumento se utiliza de un modo preferente, en el desarrollo de una investigación de carácter cualitativa. Contiene preguntas cerradas y opción múltiple que permiten verificar las variables de la investigación.

2.1.6.2 Guía de Entrevista

Las preguntas en un formato deben ayudar al entrevistado a expresar todo lo que existe en su mente sobre la vida en la organización manifestando las posibles causas y efectos de la situación problemáticas así como las posibles soluciones al problema objeto de investigación. Procesamiento de datos, se presenta los resultados obtenidos previa aplicación de los instrumentos enfocándonos al diagnóstico de la situación actual del control interno que llevan las instituciones de salud, mediante observación directa aplicando cuestionario de control interno para soporte de estudio, esta técnica permitirá determinar las debilidades en el área y sobre esta diseñar el plan estratégico, aquí presentamos una técnica estadística-matemática que permitirá analizar y presentar resultados de expertos que participaran la combinación del método Saaty (R.W.Saaty,1987; T.L. Saaty,1990,2008) y el método de triangulo de Fuller (Arial Sarache, Hoyos, Montoya, Burbano 2004, Medina Leon 2014).

2.1.6.3 Metodología específica

Fase 1.- Diagnosticar los principales síntomas de no aplicar el control interno.- en esta fase hacemos una lista de los síntomas existentes relacionados con el control interno a través de lluvia de ideas y evaluación de componentes de control interno, posteriormente clasificación de los síntomas por ultimo seleccionamos el problema a través de la técnica de valoración múltiple

Fase 2.- analizar el problema raíz.- confirmación que el problema existe realmente, presentación grafica de datos, identificación de causas potenciales y selección de las causas con técnica multiatributos.

Fase 3.- generar soluciones potenciales.- aporte de todas las alternativas de soluciones posibles a través de la técnica de estimulación de pensamiento, seleccionar las alternativas de solución posibles y seleccionar las ideas que conforman la lista final de soluciones.

Fase 4.- seleccionar las estrategias de solución, decidir la solución general del problema que sería la más óptima, con un plan operativo poner acciones que faciliten la implementación a la solución.

Fase 5.- Poner en practica la solución, verificar la implementación del plan estratégico

Fase 6.- evaluar la solución, recopilando datos de acuerdo a la planificación y estrategias implementadas y comparar con las condiciones deseadas, tener en cuenta si hay nuevos problemas suscitados por las soluciones planteadas.

2.2 Tabulación encuesta

Fase 1.- identificar los principales síntomas resultantes de la no aplicación del control interno y seleccionar el problema. **¿Que deseamos cambiar?** Hacer una lista de síntomas a través de tormenta de ideas con evaluación de plantilla coso de control interno. Análisis de la guía de control interno aplicada a instituciones de salud en santo domingo..

Categoría ocupacional

Tabla# 3 Personal encuestado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Médico	37	27,6	27,6	27,6
Enfermera	59	44,0	44,0	71,6
Administrativos	36	26,9	26,9	98,5
Guardia	2	1,5	1,5	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Fuente: Investigación Propia

1 integridad y Valores Éticos

Pregunta N° 1.1

Tabla# 4 Integridad y valores éticos-1.1 Existen y están en aplicación los códigos de conducta y otras políticas donde se considere la práctica de la entidad y los niveles esperados de comportamiento ético y moral.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	9	6,7	6,8	9,0
	Regular	24	17,9	18,0	27,1
	Bien	52	38,8	39,1	66,2
	Excelente	45	33,6	33,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Fuente: Investigación propia

Un alto porcentaje del personal encuestado nos dice que si están en aplicación los códigos de conducta y comportamiento ético y moral dentro de las instituciones investigadas, también indican una falta de un monitoreo.

Tabla # 5 Integridad y valores éticos-1.2 La honestidad y la ética prevalecen en las políticas establecidas para el trato con los trabajadores, pacientes, proveedores, etc.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	5	3,7	3,8	3,8
	Regular	25	18,7	18,9	22,7
	Bien	57	42,5	43,2	65,9
	Excelente	45	33,6	34,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El personal concuerda que las políticas prevalecen para el trato a trabajadores, pacientes, proveedores.

Tabla # 6 Integridad y valores éticos-1.3 Se toman medidas correctivas en respuesta a las desviaciones de las políticas y procedimientos o ante las violaciones del código de conducta. Dichas medidas se divulgan internamente para que sean del conocimiento de todo el personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	5	3,7	3,7	5,2
	Regular	33	24,6	24,6	29,9
	Bien	49	36,6	36,6	66,4
	Excelente	45	33,6	33,6	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Se aprecia que existen medidas correctivas, sin embargo un porcentaje considerable determina que esta medida es regular, las medidas son comunicadas directamente al implicado en caso de ser empleado y en caso de la institución es en parte de conocimiento de toda la institución.

Tabla # 7 Integridad y valores éticos-1.4 Están establecidos los mecanismos para garantizar un procesamiento de los trámites para los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	5	3,7	3,8	3,8
	Regular	18	13,4	13,7	17,6
	Bien	66	49,3	50,4	67,9
	Excelente	42	31,3	32,1	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Gran parte del personal indica que es garantizado el procesamiento de trámite de los pacientes.

Tabla # 8 Integridad y valores éticos-1.5 Existe presión para cumplir con los objetivos planteados a la organización.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	2	1,5	1,5	2,3
	Regular	23	17,2	17,7	20,0
	Bien	57	42,5	43,8	63,8
	Excelente	47	35,1	36,2	100,0
	Total	130	97,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,0		
Total		134	100,0		

El personal considera que si existe presión para cumplir los objetivos de cada institución.

2 Compromiso de Competencia Profesional

Tabla # 9 Compromiso de competencia profesional-2.1 Existen descripciones formales de puestos de trabajo u otras formas de describir las funciones que comprenden trabajos específicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	6	4,5	4,5	6,8
	Regular	27	20,1	20,5	27,3
	Bien	52	38,8	39,4	66,7
	Excelente	44	32,8	33,3	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El persona en un intervalo de 60 a 70% indica que existen descripciones f6rmalas de puestos de trabajo

Tabla # 10 Compromiso de competencia profesional-2.2 Se analizan los conocimientos y las habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	4	3,0	3,1	3,1
	Regular	23	17,2	17,6	20,6
	Bien	52	38,8	39,7	60,3
	Excelente	52	38,8	39,7	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Un alto porcentaje indica que se analizan los conocimientos y habilidades antes de realizar un trabajo

3 Comité de Control

Tabla # 11 Comité de control-3.1 Existe un comité de control dentro de la organización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	4	3,0	3,0	6,1
	Regular	23	17,2	17,4	23,5
	Bien	57	42,5	43,2	66,7
	Excelente	44	32,8	33,3	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El personal indica que en la mayoría de instituciones existe un comité de control delegado por la Dirección.

Tabla # 12 Comité de control-3.3 Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de forma suficiente y oportuna para permitir la supervisión de los objetivos y las estrategias de la dirección, la situación financiera y los resultados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8
	Mal	8	6,0	6,1	9,8
	Regular	24	17,9	18,2	28,0
	Bien	50	37,3	37,9	65,9
	Excelente	45	33,6	34,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El personal indica suministrar información a los miembros de la dirección para que puedan determinar estrategias en el ámbito financiero.

Tabla # 13 Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	8	6,0	6,0	6,8
	Regular	31	23,1	23,3	30,1
	Bien	62	46,3	46,6	76,7
	Excelente	31	23,1	23,3	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Según el personal se evalúa suficiente y oportunamente la información sensible y los hechos inusuales.

Tabla # 14 La dirección del hospital supervisa y realiza el seguimiento necesario de las acciones que deberían ser tomadas como consecuencia de sus conclusiones, incluyendo en su caso investigaciones especiales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	4	3,0	3,0	5,3
	Regular	25	18,7	18,8	24,1
	Bien	61	45,5	45,9	69,9
	Excelente	40	29,9	30,1	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El porcentaje entre bien y excelente en +- 70% , el personal piensa que si debería hacerse seguimiento e investigaciones especiales.

4 Atmósfera de confianza interna

Tabla # 15 La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	7	5,2	5,3	6,1
	Regular	24	17,9	18,2	24,2
	Bien	74	55,2	56,1	80,3
	Excelente	26	19,4	19,7	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Los encuestados responden que la dirección si actué sobre problemas suscitados o podrían darse después de una operación.

Tabla # 16 Existe preocupación de la dirección hacia el proceso de datos y las funciones de contabilidad así como por la fiabilidad de la presentación de la información financiera y la salvaguarda de los activos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,2	2,2
	Mal	10	7,5	7,5	9,7
	Regular	16	11,9	11,9	21,6
	Bien	66	49,3	49,3	70,9
	Excelente	39	29,1	29,1	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

La encuesta indica que existe preocupación de la dirección y las funciones de contabilidad y salvaguarda de activos

Tabla # 17 Se celebran con frecuencia reuniones de la dirección con las diferentes áreas de la institución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	6	4,5	4,5	5,3
	Regular	26	19,4	19,5	24,8
	Bien	52	38,8	39,1	63,9
	Excelente	48	35,8	36,1	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Total		134	100,0		

Según las encuestas aplicadas un alto porcentaje indica que con frecuencia se realizan reuniones en las diferentes áreas de las instituciones

Tabla # 18 Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad y ambas son del conocimiento de éstos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,1	3,1
	Mal	5	3,7	3,8	6,9
	Regular	23	17,2	17,6	24,4
	Bien	50	37,3	38,2	62,6
	Excelente	49	36,6	37,4	100,0

Total	131	97,8	100,0
Total	134	100,0	

La encuesta determina que si están definidas las responsabilidades de los principales directivos.

Tabla # 19 Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mal	6	4,5	4,5	4,5
Regular	32	23,9	23,9	28,4
Bien	45	33,6	33,6	61,9
Excelente	51	38,1	38,1	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Según la encuesta existe un alto porcentaje de opinión que los directivos tienen conocimientos y experiencia para cubrir responsabilidades.

Tabla # 20 Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	1	,7	,8	,8
Mal	6	4,5	4,6	5,4
Regular	36	26,9	27,7	33,1
Bien	56	41,8	43,1	76,2
Excelente	31	23,1	23,8	100,0
Total	130	97,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	3,0		
Total	134	100,0		

Según los encuestados tiene un alto porcentaje en bien sobre la disponibilidad de suficientes trabajadores.

5 Estructura Organizativa Funcional

Tabla # 21 La estructura organizativa es apropiada y su capacidad de suministrar el flujo necesario de información para gestionar sus actividades.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,7	,7
	Mal	4	3,0	3,0	3,7
	Regular	27	20,1	20,1	23,9
	Bien	64	47,8	47,8	71,6
	Excelente	38	28,4	28,4	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

La estructura organizativa es apropiada para el flujo de información y gestión.

Tabla # 22 Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad y ambas son del conocimiento de éstos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,1	3,1
	Mal	5	3,7	3,8	6,9
	Regular	23	17,2	17,6	24,4
	Bien	50	37,3	38,2	62,6
	Excelente	49	36,6	37,4	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Total		134	100,0		

Según el personal directivo están definidas las actividades que deben ejecutar de la misma forma es transmitida estratégicamente al personal.

Tabla # 23 Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	6	4,5	4,5	4,5
	Regular	32	23,9	23,9	28,4
	Bien	45	33,6	33,6	61,9
	Excelente	51	38,1	38,1	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Tiene experiencia para dirigir y cubrir responsabilidades

Tabla # 24 Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	6	4,5	4,6	5,4
	Regular	36	26,9	27,7	33,1
	Bien	56	41,8	43,1	76,2
	Excelente	31	23,1	23,8	100,0
	Total	130	97,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,0		
Total		134	100,0		

Una mayoría de encuestados indica haber personal capacitado para direcciones.

6 Asignación de autoridad y responsabilidad

Tabla # 25 -6.1 La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	7	5,2	5,3	6,8
	Regular	31	23,1	23,3	30,1
	Bien	72	53,7	54,1	84,2
	Excelente	21	15,7	15,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Las instituciones investigadas tienen asignación de responsabilidades por áreas, existe un sistema de control pero no es muy adecuado en el seguimiento de situaciones para prevenir.

Tabla # 26 Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	7	5,2	5,3	8,3
	Regular	27	20,1	20,3	28,6
	Bien	57	42,5	42,9	71,4
	Excelente	38	28,4	28,6	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Un alto porcentaje indica conocer a los responsables delegados por la autoridad con quien realizan reuniones para conocer disposiciones o situaciones que se dan en la institución y cuales son las medidas cautelares que proceden.

Tabla # 27 Las normas y los procedimientos relacionados con el control, incluyendo la descripción de funciones, son los idóneos para los directores de departamentos y los supervisores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	5	3,7	3,8	5,3
	Regular	22	16,4	16,5	21,8
	Bien	71	53,0	53,4	75,2
	Excelente	33	24,6	24,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Los encuestados están conformes con sus autoridades de mandos medios, quienes realizan el control de procesos de cada uno en sus turnos, un 16% opina ser regular la dirección..

Tabla # 28 Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	3	2,2	2,3	3,8
	Regular	31	23,1	23,7	27,5
	Bien	60	44,8	45,8	73,3
	Excelente	35	26,1	26,7	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Los encuestados indican una estructura institucional adecuada sus directivos delegan funciones de manera equitativa

7 Políticas y prácticas en materia de recursos humanos

Tabla # 29 Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	10	7,5	7,6	7,6
	Regular	27	20,1	20,5	28,0
	Bien	58	43,3	43,9	72,0
	Excelente	37	27,6	28,0	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

La encuesta indica un porcentaje adecuado de percepción sobre las políticas de contratación, sin embargo señalan que es más por amistad, o apadrinamiento que reciben personal, en la institución pública los encuestados informan que el portal de empleo es solo pantomima.

Tabla # 30 Se informan a los trabajadores de sus responsabilidades y de lo que se espera de ellos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	4	3,0	3,0	3,0
	Regular	25	18,7	18,9	22,0
	Bien	62	46,3	47,0	68,9
	Excelente	41	30,6	31,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Todos los colaboradores conocen las aspiraciones y potenciales que la empresa tiene, sin embargo un 3% desconoce las aspiraciones que las instituciones aspiran.

Tabla # 31 Son suficientes y adecuadas las acciones correctivas que se toman en respuesta a las desviaciones en las políticas y procedimientos aprobados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	3	2,2	2,3	3,0
	Regular	30	22,4	22,7	25,8
	Bien	83	61,9	62,9	88,6
	Excelente	15	11,2	11,4	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Según los colaboradores son adecuadas las acciones correctivas en caso de no cumplirlas, los jefes departamentales envían según casos: sector publico quipus y en caso privado memorándum

Tabla # 32 Las políticas de personal están orientadas a la observancia de las normas éticas y morales de la entidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	2	1,5	1,5	1,5
	Regular	19	14,2	14,2	15,7

Bien	53	39,6	39,6	55,2
Excelente	60	44,8	44,8	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Según la encuesta un alto porcentaje cree que las políticas están orientadas a la ética y moral institucional

Tabla # 33 Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otras directrices de comportamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	9	6,7	6,8	7,5
	Regular	23	17,2	17,3	24,8
	Bien	74	55,2	55,6	80,5
	Excelente	26	19,4	19,5	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Aproximadamente un 30% del personal considera que las técnicas para la recopilación de información en relación al código de conducta no es adecuada.

8 Definición y comunicación de los objetivos de la entidad

Tabla # 34 Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma y son, además, lo bastante específicos respecto de la entidad en concreto.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	7	5,2	5,3	7,5
	Regular	31	23,1	23,3	30,8
	Bien	65	48,5	48,9	79,7
	Excelente	27	20,1	20,3	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		

Total	134	100,0	
-------	-----	-------	--

Aproximadamente un 30% de personal piensa que no se proporciona una orientación y descripción suficiente de los objetivos.

Tabla # 35 Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	10	7,5	7,5	9,0
	Regular	29	21,6	21,8	30,8
	Bien	60	44,8	45,1	75,9
	Excelente	32	23,9	24,1	100,0
Total		133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Aproximadamente en el rango no se, mal y regular el 30,6% piensa que no se comunican con efectividad los objetivos globales.

Tabla # 36 Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	3	2,2	2,3	3,1
	Regular	24	17,9	18,3	21,4
	Bien	77	57,5	58,8	80,2
	Excelente	26	19,4	19,8	100,0
Total		131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Según los encuestados existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos

Tabla # 37 Se garantiza la coherencia de los planes de negocios y los presupuestos con los objetivos globales, los planes estratégicos y las circunstancias actuales de la entidad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	6	4,5	4,5	4,5
Mal	6	4,5	4,5	9,0
Regular	24	17,9	17,9	26,9
Bien	65	48,5	48,5	75,4
Excelente	33	24,6	24,6	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Los presupuestos son generados por los departamentos financieros y aprobados por la administración con coherencia.

9 Objetivos específicos para cada actividad

Tabla # 38 Existe vinculación de los objetivos específicos de cada actividad con los objetivos globales y los planes estratégicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	2	1,5	1,5	1,5
Mal	5	3,7	3,7	5,2
Regular	29	21,6	21,6	26,9
Bien	64	47,8	47,8	74,6
Excelente	34	25,4	25,4	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Las instituciones de salud tienen un departamento de planificación quien realiza actividades de acuerdo a los objetivos

Tabla # 39 Existe coherencia en los objetivos específicos entre si.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	2	1,5	1,5	1,5
Mal	3	2,2	2,3	3,8
Regular	27	20,1	20,6	24,4
Bien	70	52,2	53,4	77,9
Excelente	29	21,6	22,1	100,0
Total	131	97,8	100,0	
Perdidos Sistema	3	2,2		
Total	134	100,0		

Existe coherencia entre objetivos según la percepción de los encuestados

Tabla # 40 Se han establecido los objetivos específicos para todos los procesos importantes de la entidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	2	1,5	1,5	3,8
	Regular	23	17,2	17,3	21,1
	Bien	65	48,5	48,9	69,9
	Excelente	40	29,9	30,1	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Aún no están definidos todos los objetivos específicos en los procesos ya que el 21.1% no lo percibe de esa manera.

Tabla # 41 Todos los niveles de la dirección participan en la fijación de objetivos y están conscientes de hasta que punto están comprometidos en la consecución de los mismos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	2	1,5	1,5	3,8
	Regular	25	18,7	18,8	22,6
	Bien	62	46,3	46,6	69,2
	Excelente	41	30,6	30,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El 22.6% no esta de acuerdo al definir que todos los niveles participan en la fijación de objetivos tanto en lo publico como en lo privado.

10 Identificación y evaluación de riesgos

Tabla # 42 Existen los mecanismos adecuados para identificar los riesgos dentro de la institución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	4	3,0	3,0	3,0
	Regular	26	19,4	19,5	22,6
	Bien	54	40,3	40,6	63,2
	Excelente	49	36,6	36,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El personal piensa que si existen mecanismos adecuados para identificar los riesgos principalmente por los informes de turno.

Tabla # 43 Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	11	8,2	8,3	8,3
	Regular	37	27,6	28,0	36,4
	Bien	57	42,5	43,2	79,5
	Excelente	26	19,4	19,7	99,2
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 36,4% del personal no cree se haya identificado los riesgos.

Tabla # 44 Se evalúa la importancia y probabilidad de ocurrencia de los riesgos, así como las medidas necesarias para abordarlos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	9	6,7	6,7	6,7
	Regular	29	21,6	21,6	28,4
	Bien	63	47,0	47,0	75,4
	Excelente	33	24,6	24,6	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

El 75,4% opina que se evalúa la importancia y probabilidad de ocurrencia de riesgos .

11 Gestión y detección del cambio

Tabla # 45 Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinarios que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	6	4,5	4,5	6,0
	Regular	27	20,1	20,3	26,3
	Bien	71	53,0	53,4	79,7
	Excelente	27	20,1	20,3	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Según los encuestados existe o tienen conocimientos en un 53.4% sobre cambios de objetivos.

Tabla # 46 Existen mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios que pueden tener un efecto importante sobre la Hospital y que, consecuentemente, requieran la atención de la alta dirección.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	6	4,5	4,5	5,3
	Regular	26	19,4	19,7	25,0
	Bien	69	51,5	52,3	77,3
	Excelente	30	22,4	22,7	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Las instituciones tiene mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios por la alta dirección.

ACTIVIDADES DE CONTROL

12 Coordinación entre áreas

Tabla # 47 Existen las políticas y los procedimientos apropiados y necesarios en relación con cada una de las actividades de la entidad definidas para cada área.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,7	,7
	Mal	6	4,5	4,5	5,2
	Regular	24	17,9	17,9	23,1
	Bien	65	48,5	48,5	71,6
	Excelente	38	28,4	28,4	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Un 71,6% cree que existen políticas y procedimientos apropiados en relación con cada una de las actividades.

Tabla # 48 Se han establecido las debidas coordinaciones entre las áreas que propicien la integración, la consistencia y la responsabilidad con carácter colectivo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	4	3,0	3,0	3,8
	Regular	25	18,7	18,9	22,7
	Bien	54	40,3	40,9	63,6
	Excelente	48	35,8	36,4	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Total		134	100,0		

Existe coordinación entre las áreas en especial al cambio de turno principalmente en operativas, enfermería y doctores.

13 Documentación

Tabla # 49 La estructura de control interno y todas las transacciones y hechos significativos, están claramente documentados, y la documentación está disponible para su verificación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	7	5,2	5,3	5,3
	Regular	24	17,9	18,0	23,3

Bien	59	44,0	44,4	67,7
Excelente	43	32,1	32,3	100,0
Total	133	99,3	100,0	
Total	134	100,0		

El 23,3% cree que no están claramente documentados.

14 Niveles definidos de autorización

Tabla # 50 Se utilizan apropiadamente las actividades de control identificadas y se establecen los debidos momentos y niveles de autorización. Considere entre otros aspectos, los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	1	,7	1,0	1,0
Mal	1	,7	1,0	1,9
Regular	27	20,1	26,2	28,2
Bien	48	35,8	46,6	74,8
Excelente	26	19,4	25,2	100,0
Total	103	76,9	100,0	
Perdidos Sistema	31	23,1		
Total	134	100,0		

Un 74% utilizan apropiadamente las actividades de control y se establecen los debidos momentos.

Tabla # 51 a) Análisis efectuados por la dirección.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	2	1,5	1,6	1,6
Mal	6	4,5	4,7	6,3
Regular	21	15,7	16,5	22,8
Bien	62	46,3	48,8	71,7
Excelente	36	26,9	28,3	100,0
Total	127	94,8	100,0	
Perdidos Sistema	7	5,2		
Total	134	100,0		

El 71,7% cree que los análisis efectuados por la dirección son correctos

Tabla # 52 b) Seguimiento y revisión por parte de los responsables de las diversas funciones o actividades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	4	3,0	3,1	4,6
	Regular	23	17,2	17,6	22,1
	Bien	65	48,5	49,6	71,8
	Excelente	37	27,6	28,2	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

El seguimiento y revisión por los responsables de las diversas funciones es adecuada en más del 71,8%

Tabla # 53 c) Comprobación de las transacciones en cuanto a exactitud, totalidad, y autorización pertinente: aprobaciones, revisiones, cotejos, recálculos, análisis de consistencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	3	2,2	2,3	5,3
	Regular	29	21,6	22,0	27,3
	Bien	63	47,0	47,7	75,0
	Excelente	33	24,6	25,0	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Las instituciones según los administrativos determinan que existe comprobación de transacciones en cuanto exactitud.

Tabla # 54 d) Controles físicos patrimoniales: arqueos, conciliaciones y recuentos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	8	6,0	6,0	6,0
	Mal	1	,7	,8	6,8
	Regular	23	17,2	17,3	24,1
	Bien	69	51,5	51,9	75,9

	Excelente	32	23,9	24,1	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El área directiva y financiera es quien controla estas actividades.

Tabla # 55 e) Se definen en los puestos de trabajo de las diferentes áreas las responsabilidades y autoridad de los mismos para asumir las responsabilidades.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	2	1,5	1,5	3,0
	Regular	27	20,1	20,5	23,5
	Bien	69	51,5	52,3	75,8
	Excelente	32	23,9	24,2	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Se definen adecuadamente las responsabilidades en los puestos de trabajo.

15 Separación de tareas y responsabilidades

Tabla # 56 Están debidamente separadas y diferenciadas (en la medida de lo racionalmente posible) la responsabilidad de autorizar, ejecutar, registrar y comprobar una transacción, teniendo en cuenta la necesaria coordinación entre las distintas áreas de responsabilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,7	3,7
	Mal	3	2,2	2,2	6,0
	Regular	34	25,4	25,4	31,3
	Bien	48	35,8	35,8	67,2
	Excelente	44	32,8	32,8	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

El 67,2% cree que esta dentro de lo racional las decisiones que toman en sus actividades diarias.

16 Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos

Tabla # 57 Se registra y clasifica de manera oportuna las transacciones y hechos importantes, atendiendo a la importancia, relevancia y utilidad que ello tiene para la presentación razonable de los saldos en los estados financieros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	8	6,0	6,0	6,0
	Mal	2	1,5	1,5	7,5
	Regular	25	18,7	18,7	26,1
	Bien	64	47,8	47,8	73,9
	Excelente	35	26,1	26,1	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Desde el punto de vista administrativo se realiza estas actividades y toma de decisiones en función a los objetivos de la institución.

Tabla # 58 Se realizan conteos físicos, periódicos, de los activos y se concilian con los registros contables.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8
	Mal	6	4,5	4,6	8,4
	Regular	27	20,1	20,6	29,0
	Bien	53	39,6	40,5	69,5
	Excelente	40	29,9	30,5	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

El departamento financiero realiza estas actividades según las encuestas en un 70%.

17 Indicadores de desempeño

Tabla # 59 Existe un sistema de indicadores de rendimiento implementado en la entidad para la puesta en marcha de acciones correctivas que disminuyan o eliminen las desviaciones importantes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,7	,7

Mal	5	3,7	3,7	4,5
Regular	30	22,4	22,4	26,9
Bien	74	55,2	55,2	82,1
Excelente	24	17,9	17,9	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Las instituciones tienen sistemas de indicadores para acciones correctivas, sin embargo no son implementados en su totalidad.

18 Función de Auditoría Interna

Tabla # 60 Se ha desarrollado un plan de Auditoría Interna respetándose los resultados de la Auditoría Interna.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	10	7,5	7,7	7,7
	Mal	8	6,0	6,2	13,8
	Regular	29	21,6	22,3	36,2
	Bien	56	41,8	43,1	79,2
	Excelente	27	20,1	20,8	100,0
	Total	130	97,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,0		
Total		134	100,0		

Según las encuestas un 36,2% indica no está de acuerdo con las auditorías realizadas.

19 Control de la tecnología de información

Tabla # 61 Existen los debidos controles de tecnología de la información relacionados principalmente con:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	4,6	4,6
	Mal	4	3,0	6,2	10,8
	Regular	12	9,0	18,5	29,2
	Bien	37	27,6	56,9	86,2
	Excelente	9	6,7	13,8	100,0
	Total	65	48,5	100,0	
Perdidos	Sistema	69	51,5		
Total		134	100,0		

Existen controles en tecnologías de comunicación

Tabla # 62 a) Seguridad física de los equipos de información.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	6	4,5	4,7	4,7
	Mal	5	3,7	3,9	8,6
	Regular	23	17,2	18,0	26,6
	Bien	65	48,5	50,8	77,3
	Excelente	28	20,9	21,9	99,2
	Total	128	95,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	4,5		
Total		134	100,0		

Existe seguridad para los equipos en un 50.8%

Tabla # 63 b) Controles de acceso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,1	3,1
	Mal	2	1,5	1,5	4,6
	Regular	22	16,4	16,9	21,5
	Bien	61	45,5	46,9	68,5
	Excelente	41	30,6	31,5	100,0
	Total	130	97,0	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,0		
Total		134	100,0		

Existe controles de acceso a las diferentes departamentos, se tiene guardias de seguridad y cámaras que evidencias actividades diarias realizadas.

Tabla # 64 c) Controles sobre software.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8
	Mal	3	2,2	2,3	6,2
	Regular	21	15,7	16,2	22,3
	Bien	53	39,6	40,8	63,1
	Excelente	48	35,8	36,9	100,0
	Total	130	97,0	100,0	

Perdidos	Sistema	4	3,0	
Total		134	100,0	

En el sector público existe control de software principalmente en comunicaciones por el sistema quipus que es revisado de manera permanente, en el sector privado los sistemas contables

Tabla # 65 d) Controles de proceso de datos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	2	1,5	1,5	4,5
	Regular	24	17,9	18,2	22,7
	Bien	55	41,0	41,7	64,4
	Excelente	47	35,1	35,6	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 22,7% cree no haber control de procesos de datos, deben ser analizados con estadísticas para el respectivo plan de acción.

Tabla # 66 e) Controles sobre el desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,1	3,1
	Mal	1	,7	,8	3,8
	Regular	19	14,2	14,5	18,3
	Bien	56	41,8	42,7	61,1
	Excelente	51	38,1	38,9	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Existe un control sobre el desarrollo y mantenimiento de los equipos y computadoras, principalmente de equipo médicos de cirugía por su costo.

Tabla # 67 f) Controles de las aplicaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	4	3,0	3,1	5,4
	Regular	20	14,9	15,5	20,9
	Bien	59	44,0	45,7	66,7
	Excelente	43	32,1	33,3	100,0
	Total	129	96,3	100,0	
Perdidos	Sistema	5	3,7		
Total		134	100,0		

Existen controles en la diferente aplicación del software a fin de no tener programas maliciosos

20 Control del sistema de información

Tabla # 68 El sistema de información es flexible y susceptible de modificaciones rápidas que permitan hacer frente a necesidades cambiantes de la dirección, en un entorno dinámico de operaciones y presentación de informes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	8	6,0	6,1	8,3
	Regular	35	26,1	26,5	34,8
	Bien	57	42,5	43,2	78,0
	Excelente	29	21,6	22,0	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El sistema de información es flexible, mas no se presentan informes en un 34,8%.

Tabla # 69 El sistema ayuda a controlar todas las actividades de la entidad, a registrar y supervisar transacciones y eventos a medida que ocurren, y a mantener datos financieros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8
	Mal	3	2,2	2,3	6,1

	Regular	20	14,9	15,2	21,2
	Bien	68	50,7	51,5	72,7
	Excelente	36	26,9	27,3	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

La mayoría de encuestados indica que el sistema ayuda a controlar actividades de la entidad a medida que ocurren, el área financiera indica registro y facturación de compras publicas.

Tabla # 70 Existen dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos y registros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8
	Mal	4	3,0	3,0	6,8
	Regular	19	14,2	14,4	21,2
	Bien	67	50,0	50,8	72,0
	Excelente	37	27,6	28,0	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

Cada departamento tiene su propio equipo y claves de acceso según los encuestados existe dispositivos de seguridad.

Tabla # 71 Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las propuestas de medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	6	4,5	4,5	4,5
	Mal	4	3,0	3,0	7,5
	Regular	28	20,9	21,1	28,6
	Bien	76	56,7	57,1	85,7
	Excelente	19	14,2	14,3	100,0
	Total	133	99,3	100,0	

Perdidos	Sistema	1	,7	
Total		134	100,0	

Según los encuestados existe un plan de seguridad y riesgos para procedimientos peligrosos, manipulación de desechos contaminantes, cuarentenas de pacientes en el caso de instituciones privadas son derivadas a instituciones públicas.

Tabla # 72 El plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	2	1,5	1,5	3,8
	Regular	39	29,1	29,8	33,6
	Bien	66	49,3	50,4	84,0
	Excelente	21	15,7	16,0	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

Están definidos en las instituciones públicas sin embargo no se aplica en las privadas por la cantidad de personal el administrador es el responsables de alertar acciones.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

22 Información

Tabla # 73 La información se identifica, recoge, procesa y presenta por medio de los sistemas de información.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	7	5,2	5,3	7,5
	Regular	18	13,4	13,5	21,1
	Bien	72	53,7	54,1	75,2
	Excelente	33	24,6	24,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		

Total	134	100,0	
-------	-----	-------	--

El 21,1% indica creer que la información no se identifica, procesa y presenta

Tabla # 74 Están creados los mecanismos para la obtención de la información externa e interna, que facilite a la dirección los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	5	3,7	3,8	3,8
Mal	6	4,5	4,5	8,3
Regular	22	16,4	16,7	25,0
Bien	56	41,8	42,4	67,4
Excelente	43	32,1	32,6	100,0
Total	132	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	2	1,5		
Total	134	100,0		

El 25% cree que están creados los mecanismos para la obtención de información externa

Tabla # 75 Se suministra la información a las personas adecuadas, con detalle suficiente y en el momento preciso, para permitirles cumplir con sus responsabilidades eficiente y eficazmente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No sé	1	,7	,8	,8
Mal	5	3,7	3,8	4,6
Regular	21	15,7	16,0	20,6
Bien	62	46,3	47,3	67,9
Excelente	42	31,3	32,1	100,0
Total	131	97,8	100,0	
Perdidos Sistema	3	2,2		
Total	134	100,0		

El 26,6% cree que no se suministra la información al personal adecuado para cumplir eficazmente

23 Comunicación

Tabla # 76 Se comunica con eficacia a los trabajadores las tareas y responsabilidades de control.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	8	6,0	6,1	6,1
	Regular	17	12,7	12,9	18,9
	Bien	73	54,5	55,3	74,2
	Excelente	34	25,4	25,8	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 18,9% cree que no se comunica con eficiencia a los trabajadores responsabilidades.

Tabla # 77 Están establecidos los canales de comunicación para que los trabajadores puedan informar sobre posibles irregularidades.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	7	5,2	5,3	5,3
	Regular	25	18,7	18,9	24,2
	Bien	64	47,8	48,5	72,7
	Excelente	36	26,9	27,3	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 24,2% cree que no se permite la comunicación entre los trabajadores para informar irregularidades y faltas.

Tabla # 78 Existen los mecanismos para que la dirección obtenga las sugerencias de los trabajadores sobre cómo mejorar la productividad, la calidad y otro tipo de mejoras similares y hay receptividad por parte de la dirección.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	8	6,0	6,0	6,8
	Regular	26	19,4	19,5	26,3
	Bien	76	56,7	57,1	83,5
	Excelente	22	16,4	16,5	100,0
	Total	133	99,3	100,0	

Perdidos	Sistema	1	,7	
Total		134	100,0	

El 23,3% considera no existir predisposición de la gerencia para recibir sugerencias

Tabla # 79 Existe una comunicación adecuada entre todas las áreas de la entidad y de una información completa, puntual y suficiente que permita que las personas cumplan con sus responsabilidades eficazmente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	6	4,5	4,5	4,5
	Regular	27	20,1	20,5	25,0
	Bien	54	40,3	40,9	65,9
	Excelente	45	33,6	34,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 25% cree que es regular la comunicación entre todas las áreas de la entidad

Tabla # 80 Existe apertura y eficacia en los canales de comunicación con los pacientes, proveedores y otras personas externas para transmitir información sobre los cambios que se producen en las necesidades de los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	6	4,5	4,5	4,5
	Regular	26	19,4	19,7	24,2
	Bien	59	44,0	44,7	68,9
	Excelente	41	30,6	31,1	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 24,2% indica que no existe comunicación entre los pacientes, proveedores y personal externo para transmitir información sobre las necesidades de los pacientes.

Tabla # 81 Se realiza un seguimiento oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, organismos de control y otros terceros.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	No sé	1	,7	,8	,8
	Mal	7	5,2	5,3	6,1
	Regular	31	23,1	23,7	29,8
	Bien	64	47,8	48,9	78,6
	Excelente	28	20,9	21,4	100,0
	Total	131	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,2		
Total		134	100,0		

El 29,9% mencionan no tener un seguimiento oportuno por la dirección a pesar de existir un departamento de control de calidad.

SUPERVISIÓN Y MONITOREO

24 Supervisión continuada

Tabla # 82 Se realiza la supervisión permanente de las actividades.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	8	6,0	6,0	6,0
	Regular	30	22,4	22,4	28,4
	Bien	61	45,5	45,5	73,9
	Excelente	35	26,1	26,1	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

El 28,4% de los encuestados opina que no se realiza la supervisión permanente

Tabla # 83 El personal, en el desarrollo de sus actividades, percibe el funcionamiento del sistema de control interno.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mal	4	3,0	3,0	3,0
	Regular	29	21,6	22,0	25,0
	Bien	53	39,6	40,2	65,2
	Excelente	46	34,3	34,8	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

El 25% acumulado indica no percibir el funcionamiento del sistema de control interno.

Tabla # 84 Se evalúa hasta qué punto las comunicaciones recibidas de terceros corroboran la información general dentro de la organización o indican problemas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	4	3,0	3,0	4,5
	Regular	29	21,6	21,8	26,3
	Bien	65	48,5	48,9	75,2
	Excelente	33	24,6	24,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El 26,3% indica no poner atención a las quejas de los pacientes o familiares

Tabla # 85 Se comparan periódicamente los importes registrados por el sistema de contabilidad con los activos materiales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	6	4,5	4,5	4,5
	Mal	6	4,5	4,5	9,0
	Regular	22	16,4	16,5	25,6
	Bien	56	41,8	42,1	67,7
	Excelente	43	32,1	32,3	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Según el departamento contable se compara periódicamente los importes registrados por los sistemas en insumos, y transacciones diarias, en el sector público se verifica de manera permanente los depósitos del ministerio de finanzas.

Tabla # 86 Se realiza un seguimiento de las recomendaciones de los auditores internos y externos sobre medios de fortalecer los controles internos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,8	3,8

	Mal	4	3,0	3,0	6,8
	Regular	19	14,2	14,3	21,1
	Bien	56	41,8	42,1	63,2
	Excelente	49	36,6	36,8	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Según el porcentaje acumulado el 21,1% cree que no se aplican o se ajustan las recomendaciones de los auditores internos o externos, en el ámbito público indican que existe recomendación de índole política.

Tabla # 87 Son efectivas las actividades de la Auditoria Interna.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,9	3,9
	Mal	4	3,0	3,1	7,0
	Regular	20	14,9	15,6	22,7
	Bien	57	42,5	44,5	67,2
	Excelente	42	31,3	32,8	100,0
	Total	128	95,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	4,5		
Total		134	100,0		

En las clínicas privadas indican que se realiza auditoria interna con el dueño de la clínica o el gerente, en las instituciones públicas se realiza de manera muy superficial.

25 Evaluaciones puntuales

Tabla # 88 Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	6	4,5	4,5	4,5
	Mal	8	6,0	6,1	10,6
	Regular	28	20,9	21,2	31,8
	Bien	63	47,0	47,7	79,5
	Excelente	27	20,1	20,5	100,0
	Total	132	98,5	100,0	

Perdidos	Sistema	2	1,5	
Total		134	100,0	

El 31,8% acumulado indica no conocen el alcance y la frecuencia de las evaluaciones de control interno.

Tabla # 89 Es valida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de control interno.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	6	4,5	4,5	7,5
	Regular	23	17,2	17,3	24,8
	Bien	68	50,7	51,1	75,9
	Excelente	32	23,9	24,1	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Por lo general el administrativo o supervisor conoce el funcionamiento en el sector privado incluso en ocasiones contratan una firma independiente, el en sector público es más complicado ya que lo debe hacer la contraloría general del estado pero no es a fondo.

Tabla # 90 El nivel de documentación disponible, entre las que se encuentran manuales de políticas, organigramas, metodologías, procedimientos, instrucciones operativas, etc. es adecuado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	2	1,5	1,5	1,5
	Mal	5	3,7	3,8	5,3
	Regular	23	17,2	17,4	22,7
	Bien	71	53,0	53,8	76,5
	Excelente	31	23,1	23,5	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

La información es presentada según comunicado recibido, en algunas clínicas manuales de procedimiento y funciones de las responsabilidades.

26 Comunicación de las deficiencias de control interno

Tabla # 91 Las deficiencias de control interno deberían ser comunicadas a los niveles superiores y las más significativas ser presentadas a la alta dirección y al consejo de dirección.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	3	2,2	2,3	4,5
	Regular	26	19,4	19,5	24,1
	Bien	71	53,0	53,4	77,4
	Excelente	30	22,4	22,6	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

Los encuestados opinan que se deben comunicar las deficiencias encontradas a los niveles superiores, en el sector publico nos indican que se comunica a organismos superiores pero desconocen si se actúa sobre lo encontrado.

Tabla # 92 Existe algún mecanismo para reconocer e informar las deficiencias identificadas del control interno.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	5	3,7	3,7	3,7
	Mal	8	6,0	6,0	9,7
	Regular	24	17,9	17,9	27,6
	Bien	69	51,5	51,5	79,1
	Excelente	28	20,9	20,9	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

En porcentaje acumulado el 27,6% desconoce de la existencia de algún

Tabla # 93 Son adecuadas las normas de comunicación de las deficiencias detectadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	No sé	3	2,2	2,3	2,3
	Mal	8	6,0	6,0	8,3
	Regular	26	19,4	19,5	27,8
	Bien	74	55,2	55,6	83,5
	Excelente	22	16,4	16,5	100,0
	Total	133	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		134	100,0		

El 27,8% acumulado desconoce normas de comunicación así como la deficiencia encontradas

Tabla # 94 Existen los mecanismos para erradicar las deficiencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No sé	4	3,0	3,0	3,0
	Mal	5	3,7	3,8	6,8
	Regular	25	18,7	18,9	25,8
	Bien	66	49,3	50,0	75,8
	Excelente	32	23,9	24,2	100,0
	Total	132	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,5		
Total		134	100,0		

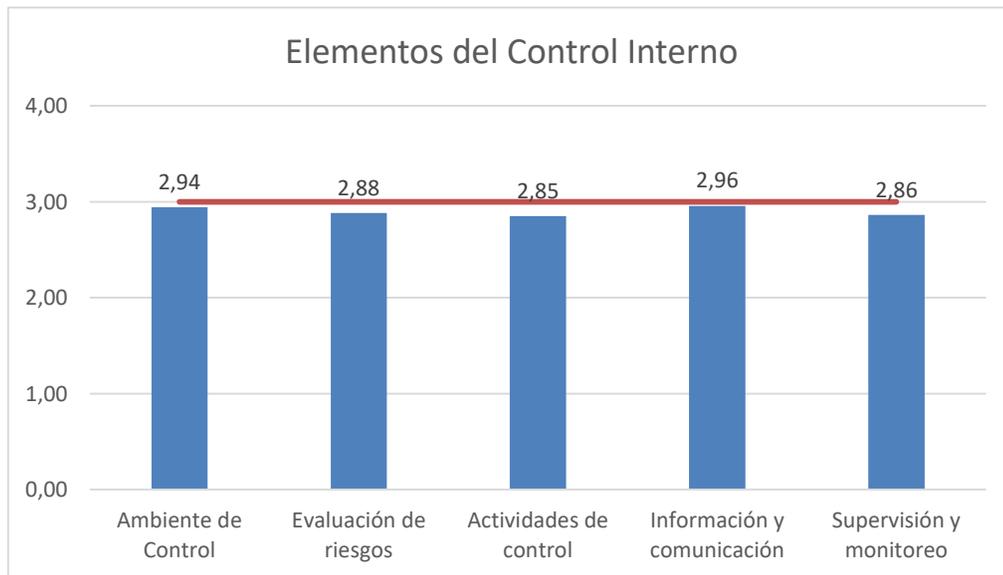
Las direcciones indican que es un trabajo permanente el que realizan para erradicar las deficiencias y que siempre surgen nuevas situaciones.

2.3 Identificación de síntomas y análisis de resultados existentes en el control interno.

Ya aplicada la guía de control al personal de las unidades de salud y analizando variables observamos elementos que se encuentran por debajo de la media aceptable para el correcto funcionamiento, que ha generado falencias y limitaciones que ha contribuido a la deficiencia de distintos elementos de control interno expuestos en los gráficos siguientes:

2.3.1 Elementos de control interno comparados según la media aceptable.

Figura # 13 General de Elementos de control interno



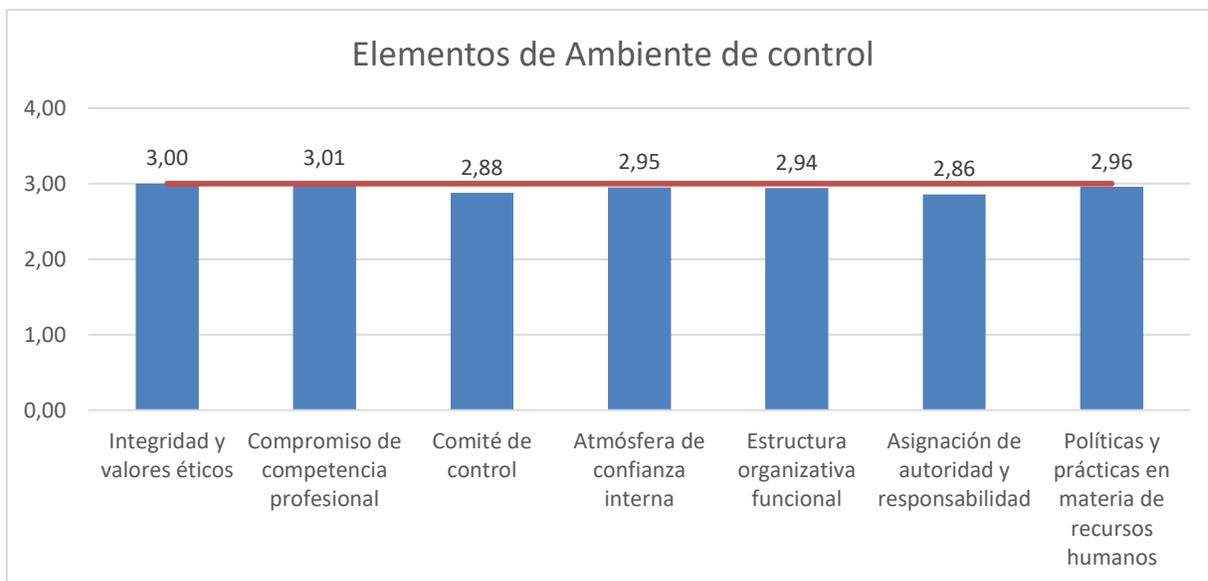
Fuente: Investigación propia

La figura presenta que existe deficiencia, debido a que se encuentra por debajo de la media aceptable que es (3), las variaciones son mínimas en información y comunicación con 2,96, como más alto y más bajo 2,85 en actividades de control, más adelante analizaremos al detalle cada uno de los elementos con sus componentes.

2.3.1.1 (a) Ambiente de control

Es la base de todos los elementos posteriores ya que desarrolla las actividades del personal su disciplina y estructura, en este elemento se puede tomar medidas para controlar riesgos que atenten al adecuado cumplimiento de las unidades de salud.

Figura # 14 : elementos de ambiente de control



Fuente: Investigación propia

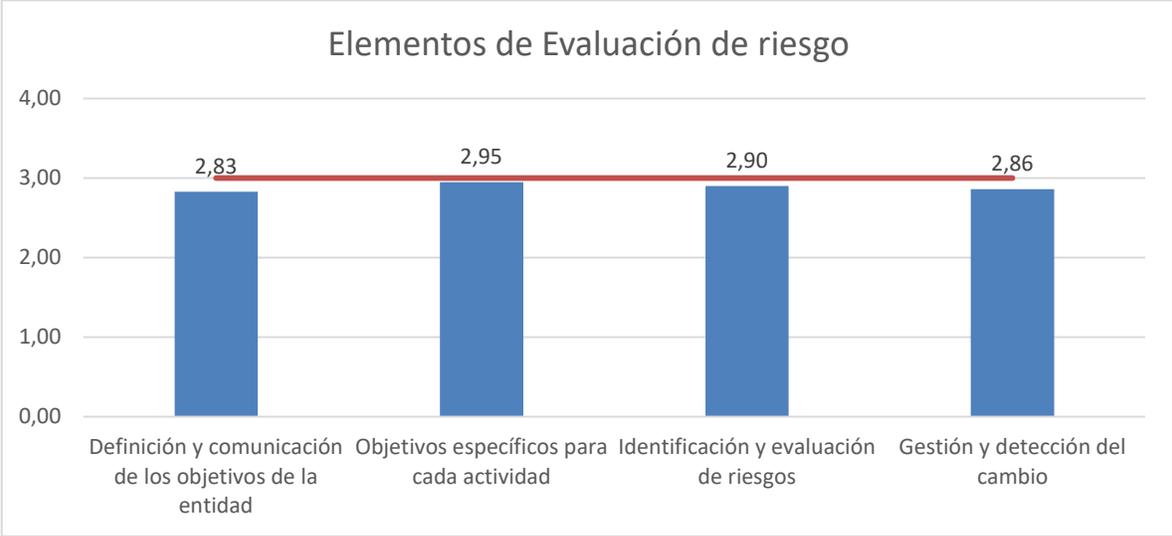
En la figura de ambientes de control está compuesto por 7 elementos de los cuales 5 están por debajo de la media aceptable (3), según la gráfica se debe mejorar en mayor medida en el funcionamiento de un comité de control, en la asignación de autoridad y responsabilidades, en la estructura organizativa funcional, en la atmósfera de confianza interna y en políticas y prácticas en materia de recursos humanos, en las unidades de salud estudiadas.

2.3.1.2 Evaluación de riesgos

Es uno de los factores importantes por la complejidad de estimación de sucesos futuros que en algunos casos son dependientes de cada acontecimiento y en otros son

independientes ya que el riesgo existe en todas las áreas de la organización, el riesgo está compuesto por 4 elementos:

Figura # 15 elementos de evaluación de riesgos



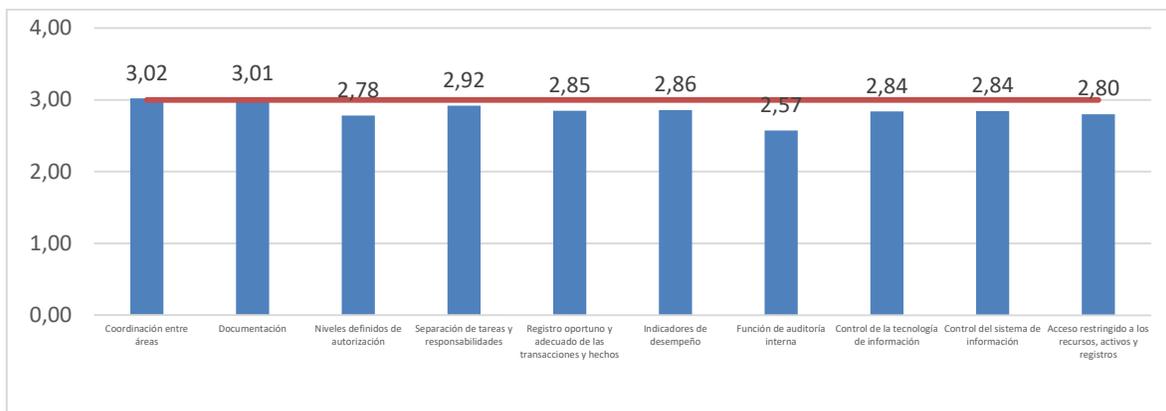
Fuente: Investigación propia

En este análisis de factores de riesgo, los 4 elementos que lo componen están por debajo de la media (3) como bajo encontramos a la comunicación de los objetivos de las instituciones de salud, y mas alto antes de la media a los objetivos específicos de cada actividad, al incrementar un departamento de auditoria interna en las unidades de salud privadas y si en las unidades publicas tuvieran una mejor planificación para enfrentar riesgos futuros.

2.3.1.3 Elementos de Actividades de Control

Son los procedimientos que aseguran la dirección de las unidades de salud estudiadas con instrucciones a trabajadores bien comunicados que garanticen el cumplimiento de objetivos en la siguiente figura se analizaran ciertos factores:

Figura # 16 Elementos de actividades de control



Fuente: investigación propia

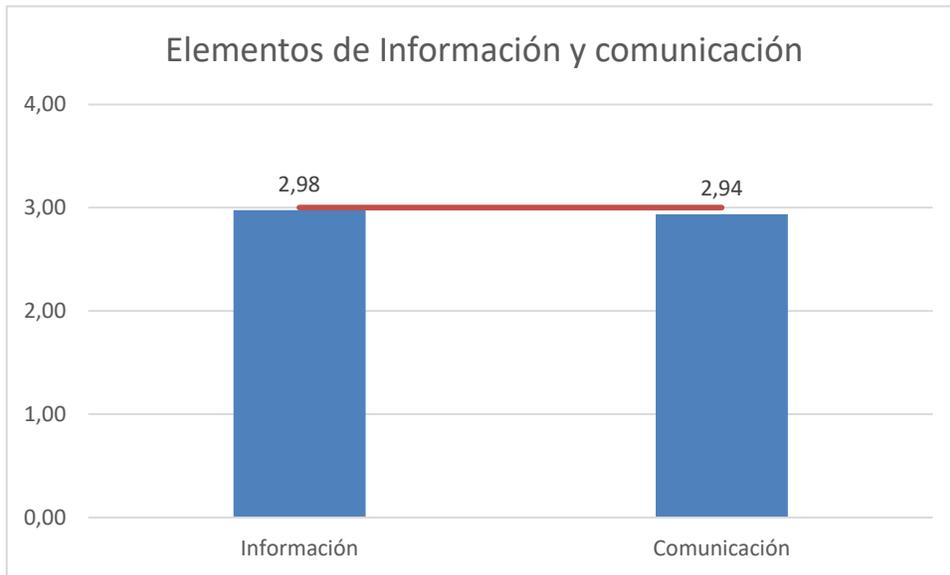
Se puede apreciar que dos elementos están sobre la media (3) la coordinación de áreas y la documentación, es positivo para las instituciones de salud investigadas, sin embargo también se aprecia 8 elementos están por debajo de la media y el más bajo es función de auditoría interna debido a que en algunas instituciones no tienen este departamento y son revisiones rutinarias pero no de manera permanente, después continúan los sistemas de información, según expresiones del personal no se enteran de algunas disposiciones importantes ya que no es socializada la información, otro puntos son las restricciones a recursos y activos, además factores como niveles de autorización en lo público es burocrático son tramites muy demorosos, en lo privada es más rápida la situación ya que máximo tienen un jefe inmediato, los indicadores de desempeño no son claros y en muchos casos desconocen de su existencia los empleados creen que cumplen con todo al asistir a trabajar las 8 horas, cuando en realidad los indicadores miden otros puntos.

2.3.1.4 Elementos de información y comunicación

Estos elementos tratan de medir la presentación de informes, de cada uno de los departamentos administrativos y operativos, registros que evidencien el cumplimiento de atención y suministro de medicamentos al paciente y trata de hacer conocer procesos a cumplir en los cambios de turno, protocolos en caso de emergencias y

riesgos además conocer la forma de comunicación sea ascendente y descendente con el fin de corregir errores en la comunicación:

Figura # 17 elementos de información y comunicación

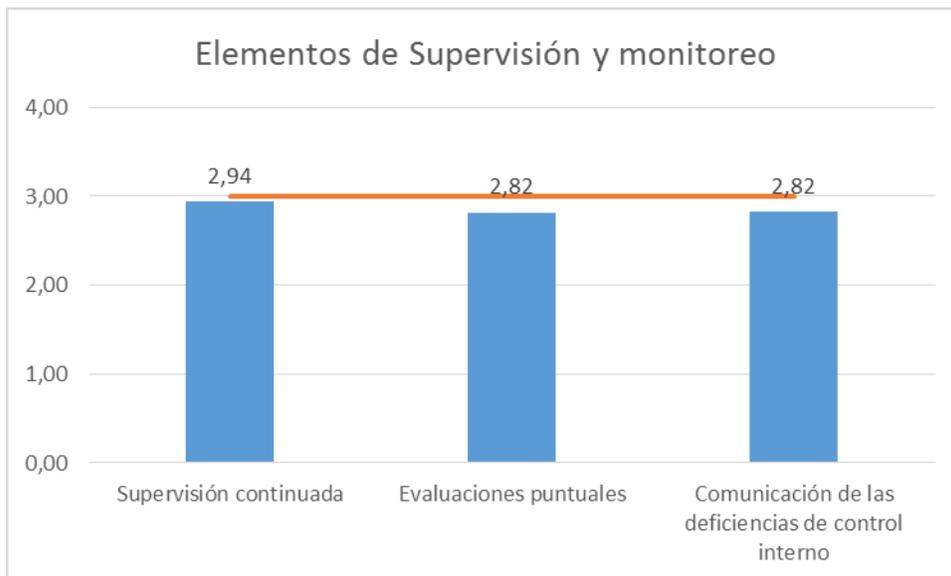


La información suministrada no es muy clara o técnica a fin de que el personal capte adecuadamente y pueda comunicar irregularidades en algún proceso, en este caso esta levemente por debajo del promedio permitido de tres(3), esto puede mostrar que se informa y se han tomado medidas de control aparentemente apropiadas entre el personal interno así mismo con los pacientes. De manera externa la información de pacientes es confidencial incluso para otras instituciones de salud, lo que provoca hacer repetidos exámenes sobre lo mismo.

2.3.1.5 Elementos de supervisión y monitoreo

Para la calidad siempre es recomendable realizar monitorios continuos con el fin de evaluar si los trabajadores se encuentran realizando y aplicando adecuadamente los procesos asignados de esta manera mejorar el desempeño según resumen aplicado a las instituciones de salud se obtuvo:

Figura # 18 de Elementos de supervisión y monitoreo



En la figura se muestra levemente estar por debajo del nivel permitido que es tres(3)pero los puntos evaluaciones puntuales y la comunicación en las deficiencias de control coinciden 2,82 en su puntaje, en las instituciones no existe un mecanismo para registrar y dar seguimiento hasta culminar con el problema.

2.3.1.6 Lista de problemas identificados con el Control Interno

Con el listado general se debe clasificar síntomas a través de reducción de listado, entre ellos: 1)Información, 2)Políticas y prácticas en materia de recursos humanos, 3)Atmósfera de confianza interna, 4)Objetivos específicos para cada actividad, 5)Estructura organizativa funcional, 6)Comunicación, 7)Supervisión continuada, 8)Separación de tareas y responsabilidades, 9)Identificación y evaluación de riesgos, 10)Comité de control, 11)Asignación de autoridad y responsabilidad, 12)Gestión y detección del cambio, 13)Indicadores de desempeño, 14)Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos, 15)Control de la tecnología de información, 16)Control del sistema de información, 17)Definición y comunicación de los objetivos de la entidad, 18)Evaluaciones puntuales, 19)Comunicación de las deficiencias de control interno,

20) Acceso restringido a los recursos, activos y registros, 21) Niveles definidos de autorización, 22) Función de auditoría interna.

Figura # 20 lista de problemas detectados de Sistema de Control Interno

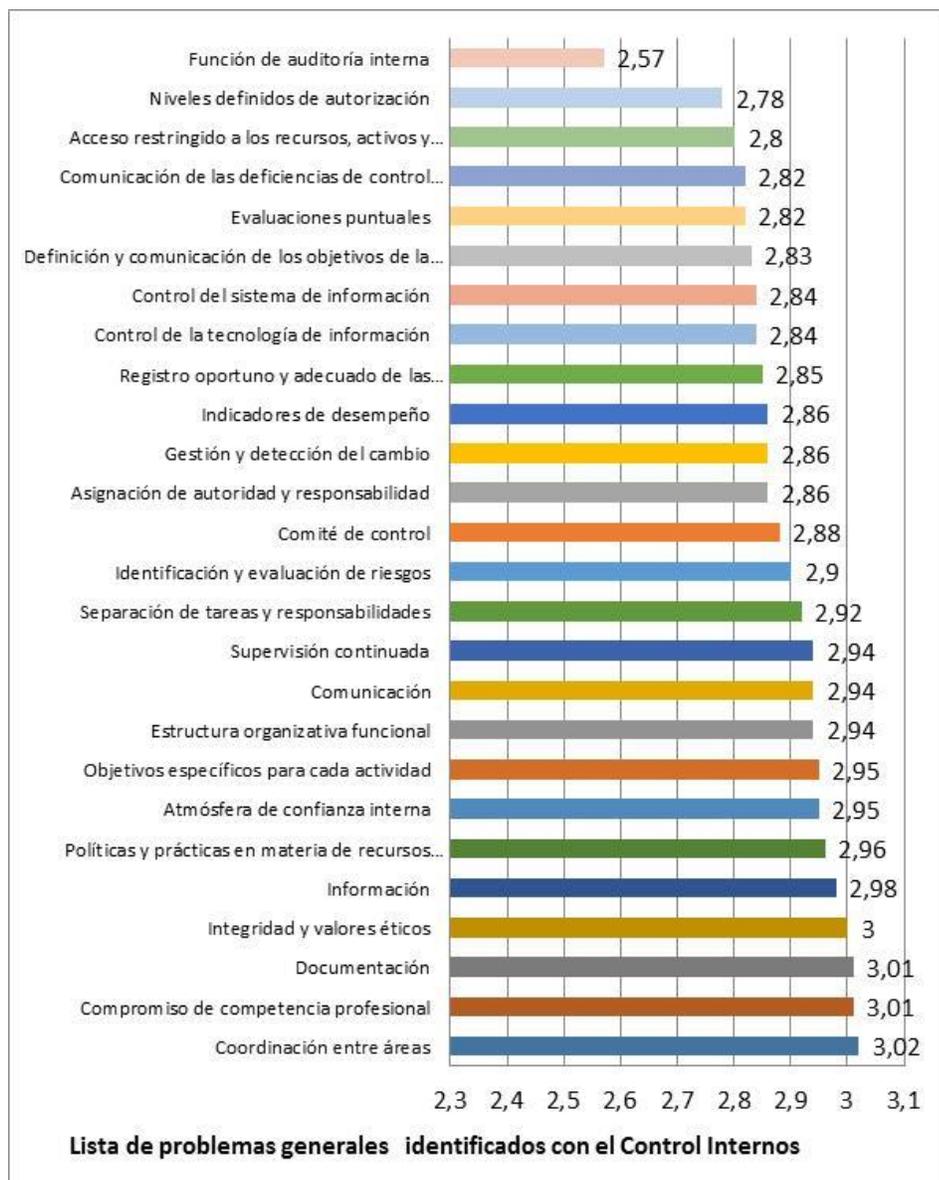
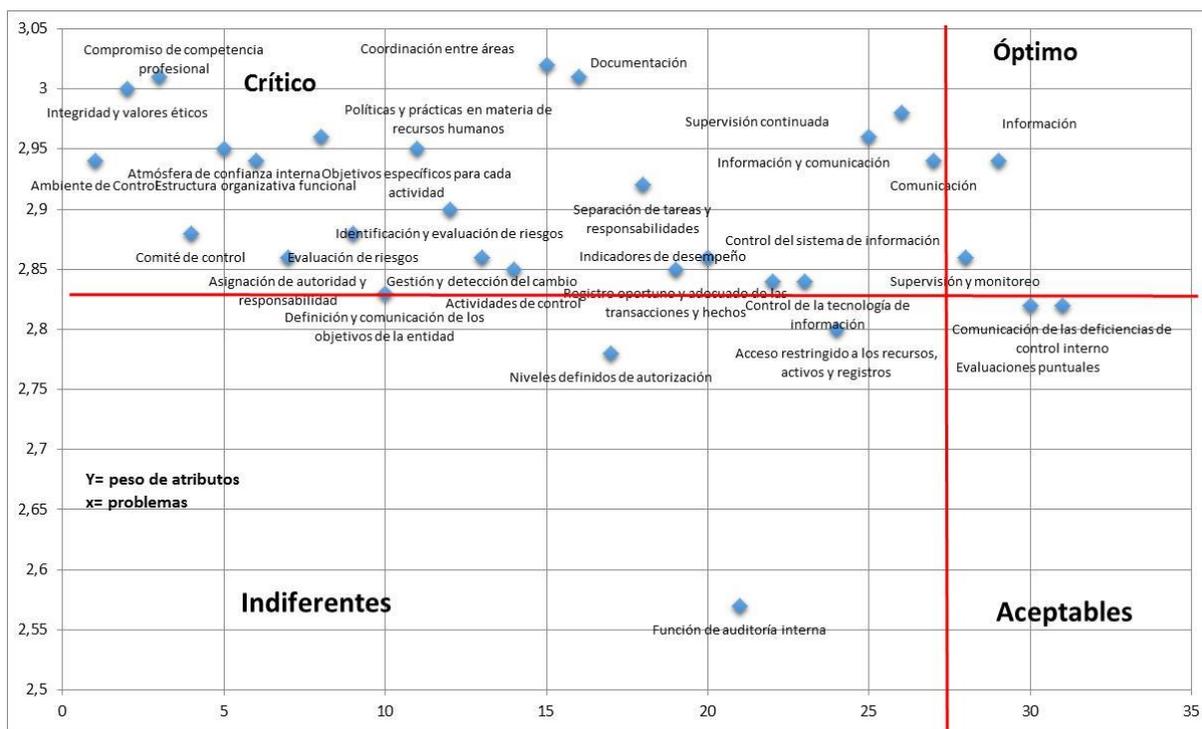


Figura # 21 Matriz de dispersión de pesos frente a problemas



En consideración de la investigación se elabora un gráfico de dispersión donde aprecia 4 puntos de una matriz de atributos donde se considera aquellos pesos >3 como factor crítico. Con esta lista reducida se procede a seleccionar el problema raíz, utilizando el Método Saaty, que se basa en la comparación cuantitativa de pares a través de criterios. el punto decisor son los expertos invitados a expresar a través de una escala establecida en este caso de 1 a 9 el criterio mejor puntuado es el mas representativo, los datos son expresados a través de una matriz de doble dirección que matemáticamente se puede expresar como (S_{ij}) , con las siguientes propiedades: $S_{ij} = 1$; para todo $i=1,k$ si y solo si $S_{ij} = 1/S_{ji}$; para todo $i=1,k$., la estimación de los pesos (V) es igual a la frecuencia relativa correspondiente al mayor λ (λ_{max}), de la matriz S para la cual se cumple que $S \cdot V = \lambda_{max} \cdot V$. Para evaluar cada par de criterio, mediante un índice, se usó una escala de 1 a 9 (1-9) y expresa cuanto más importante es un problema:

Tasa	Juicio Verbal
9	Extremadamente más preferido
8	De muy poderosamente más a extremadamente más
7	Muy poderosamente más preferido
6	De poderosamente más a muy poderosamente más
5	Poderosamente más preferido
4	De moderadamente más a poderosamente más
3	Moderadamente más preferido
2	De igual a moderadamente más
1	Igualmente preferido

Tabla # 95 Matriz Saaty

	Información	Políticas y prácticas en materia de recursos humanos	Atmósfera de confianza interna	Objetivos específicos para cada actividad	Estructura organizativa funcional	Comunicación	Supervisión continuada	Separación de tareas y responsabilidades	Identificación y evaluación de riesgos	Comité de control	Asignación de autoridad y responsabilidad	Gestión y detección del cambio	Indicadores de desempeño	Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos	Control de la tecnología de información	Control del sistema de información	Definición y comunicación de los objetivos de la entidad	Evaluaciones puntuales	Comunicación de las deficiencias de control interno	Acceso restringido a los recursos, activos y registros	Niveles definidos de autorización	Función de auditoría interna
Información	1,000	7,286	7,429	6,857	7,571	7,571	7,571	7,000	8,143	6,429	6,286	6,714	7,857	6,857	7,286	7,429	7,429	7,143	7,429	7,000	6,857	7,429
Políticas y prácticas en materia de recursos humanos	0,137	1,000	7,286	6,857	7,714	7,714	7,857	7,000	8,286	6,429	6,143	6,857	8,143	7,000	7,571	7,429	7,286	7,143	7,429	7,286	7,000	7,714
Atmósfera de confianza interna	0,135	0,137	1,000	7,000	7,857	7,857	8,000	7,571	8,571	6,571	6,286	6,857	8,000	6,857	7,571	7,571	7,000	6,857	7,429	7,286	7,000	7,429
Objetivos específicos para cada actividad	0,146	0,146	0,143	1,000	8,000	8,000	8,143	7,714	8,571	7,143	6,429	7,143	8,143	7,000	7,714	7,714	7,143	7,000	7,429	7,429	7,286	7,571
Estructura organizativa funcional	0,132	0,130	0,127	0,125	1,000	7,857	7,857	7,429	8,429	6,857	6,143	7,143	7,714	6,714	7,286	7,571	7,000	6,857	7,143	7,143	7,000	7,286
Comunicación	0,132	0,130	0,127	0,125	0,127	1,000	7,857	7,429	8,429	6,857	6,143	7,000	7,000	6,714	7,286	7,571	7,000	6,857	7,143	7,143	7,143	7,429
Supervisión continuada	0,132	0,127	0,125	0,123	0,127	0,127	1,000	7,429	8,429	6,857	6,429	7,000	7,714	6,714	7,429	7,571	7,000	6,857	7,143	7,143	7,143	7,429
Separación de tareas y responsabilidades	0,143	0,143	0,132	0,130	0,135	0,135	0,135	1,000	8,429	6,857	6,429	7,000	7,857	6,857	7,429	7,571	6,857	6,857	7,143	7,143	7,000	7,286
Identificación y evaluación de riesgos	0,123	0,121	0,117	0,117	0,119	0,119	0,119	0,119	1,000	6,857	6,429	7,000	8,000	6,857	7,429	7,571	6,857	6,857	7,143	7,143	7,000	7,286
Comité de control	0,156	0,156	0,152	0,140	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	1,000	6,571	6,857	8,143	6,857	7,286	7,429	6,857	6,857	7,000	7,143	6,857	7,429
Asignación de autoridad y responsabilidad	0,159	0,163	0,159	0,156	0,163	0,163	0,156	0,156	0,156	0,152	1,000	6,571	8,143	6,857	7,143	7,429	6,857	6,857	7,000	7,143	6,714	7,571
Gestión y detección del cambio	0,149	0,146	0,146	0,140	0,140	0,143	0,143	0,143	0,143	0,146	0,152	1,000	8,000	6,857	7,143	7,429	6,857	6,857	7,143	7,143	6,714	7,571
Indicadores de desempeño	0,127	0,123	0,125	0,123	0,130	0,143	0,130	0,127	0,125	0,123	0,123	0,125	1,000	6,857	7,143	7,429	7,000	6,857	7,143	7,286	6,857	7,429
Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos	0,146	0,143	0,146	0,143	0,149	0,149	0,149	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	1,000	7,143	7,429	7,143	6,857	6,286	7,286	6,857	7,429
Control de la tecnología de información	0,137	0,132	0,132	0,130	0,137	0,137	0,135	0,135	0,135	0,137	0,140	0,140	0,140	0,140	1,000	7,571	7,286	7,143	7,429	7,286	7,286	7,714
Control del sistema de información	0,135	0,135	0,132	0,130	0,132	0,132	0,132	0,132	0,132	0,135	0,135	0,135	0,135	0,135	0,132	1,000	7,286	7,143	7,286	7,286	7,143	7,714
Definición y comunicación de los objetivos de la entidad	0,135	0,137	0,143	0,140	0,143	0,143	0,143	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,143	0,140	0,137	0,137	1,000	7,143	7,286	7,286	7,143	7,857
Evaluaciones puntuales	0,140	0,140	0,146	0,143	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,146	0,140	0,140	0,140	1,000	7,286	7,286	7,286	7,857
Comunicación de las deficiencias de control interno	0,135	0,135	0,135	0,135	0,140	0,140	0,140	0,140	0,140	0,143	0,140	0,140	0,140	0,159	0,135	0,137	0,137	0,137	1,000	7,286	6,143	7,857
Acceso restringido a los recursos, activos y registros	0,143	0,137	0,137	0,135	0,140	0,140	0,140	0,140	0,140	0,140	0,140	0,140	0,137	0,137	0,135	0,137	0,137	0,137	0,137	1,000	7,286	7,714
Niveles definidos de autorización	0,146	0,143	0,143	0,137	0,143	0,140	0,140	0,143	0,143	0,146	0,149	0,149	0,146	0,146	0,137	0,140	0,140	0,137	0,163	0,137	1,000	7,857
Función de auditoría interna	0,135	0,130	0,135	0,132	0,137	0,135	0,135	0,137	0,137	0,135	0,132	0,132	0,135	0,135	0,130	0,130	0,127	0,127	0,127	0,127	0,127	1,000
total	3,921	11,037	18,316	24,115	34,496	42,236	50,372	54,526	70,119	63,551	65,837	78,541	96,981	91,137	104,803	114,536	114,539	119,682	130,713	138,407	140,842	159,857

Tabla # 96 Matriz Saaty Normalizada

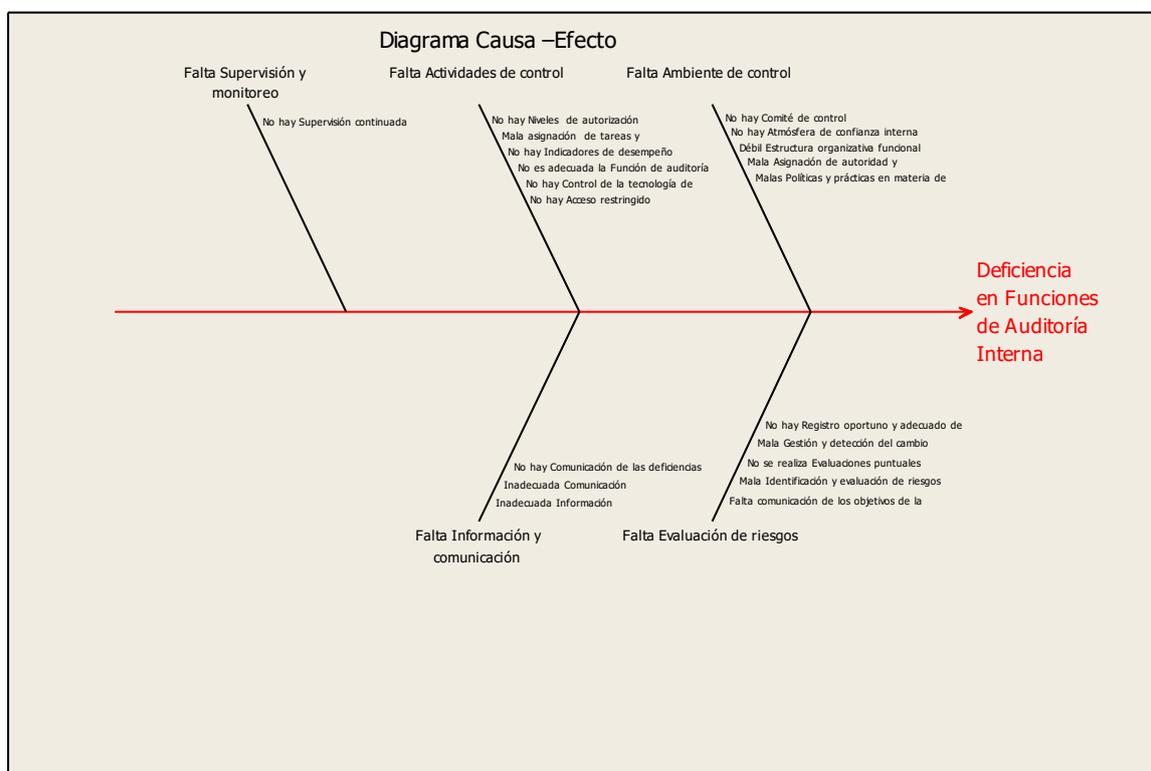
	Información	Políticas y prácticas en materia de recursos humanos	Atmósfera de confianza interna	Objetivos específicos para cada actividad	Estructura organizativa funcional	Comunicación	Supervisión continuada	Separación de tareas y responsabilidades	Identificación y evaluación de riesgos	Comité de control	Asignación de autoridad y responsabilidad	Gestión y detección del cambio	Indicadores de desempeño	Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos	Control de la tecnología de información	Control del sistema de información	Definición y comunicación de los objetivos de la entidad	Evaluaciones puntuales	Comunicación de las deficiencias de control interno	Acceso restringido a los recursos, activos y registros	Niveles definidos de autorización	Función de auditoría interna	total	COLUMNA DE PRIORIDAD
1	0,255	0,660	0,406	0,284	0,219	0,179	0,150	0,128	0,116	0,101	0,095	0,085	0,081	0,075	0,070	0,065	0,065	0,060	0,057	0,051	0,049	0,046	3,299	14,993
2	0,035	0,091	0,398	0,284	0,224	0,183	0,156	0,128	0,118	0,101	0,093	0,087	0,084	0,077	0,072	0,065	0,064	0,060	0,057	0,053	0,050	0,048	2,527	11,486
3	0,034	0,012	0,055	0,290	0,228	0,186	0,159	0,139	0,122	0,103	0,095	0,087	0,082	0,075	0,072	0,066	0,061	0,057	0,053	0,050	0,046	0,046	2,132	9,689
4	0,037	0,013	0,008	0,041	0,232	0,189	0,162	0,141	0,122	0,112	0,098	0,091	0,084	0,077	0,074	0,067	0,062	0,058	0,057	0,054	0,052	0,047	1,880	8,543
5	0,034	0,012	0,007	0,005	0,029	0,186	0,156	0,136	0,120	0,108	0,093	0,091	0,080	0,074	0,070	0,066	0,061	0,057	0,055	0,052	0,050	0,046	1,586	7,209
6	0,034	0,012	0,007	0,005	0,004	0,024	0,156	0,136	0,120	0,108	0,093	0,089	0,072	0,074	0,070	0,066	0,061	0,057	0,055	0,052	0,051	0,046	1,391	6,323
7	0,034	0,012	0,007	0,005	0,004	0,003	0,020	0,136	0,120	0,108	0,098	0,089	0,080	0,074	0,071	0,066	0,061	0,057	0,055	0,052	0,051	0,046	1,247	5,668
8	0,036	0,013	0,007	0,005	0,004	0,003	0,003	0,018	0,120	0,108	0,098	0,089	0,081	0,075	0,071	0,066	0,060	0,057	0,055	0,052	0,050	0,046	1,117	5,077
9	0,031	0,011	0,006	0,005	0,003	0,003	0,002	0,002	0,014	0,108	0,098	0,089	0,082	0,075	0,071	0,066	0,060	0,057	0,055	0,052	0,050	0,046	0,987	4,484
10	0,040	0,014	0,008	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,016	0,100	0,087	0,084	0,075	0,070	0,065	0,060	0,057	0,054	0,052	0,049	0,046	0,897	4,078
11	0,041	0,015	0,009	0,006	0,005	0,004	0,003	0,003	0,002	0,002	0,015	0,084	0,084	0,075	0,068	0,065	0,060	0,057	0,054	0,052	0,048	0,047	0,798	3,627
12	0,038	0,013	0,008	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,013	0,082	0,075	0,068	0,065	0,060	0,057	0,055	0,052	0,048	0,047	0,706	3,211
13	0,032	0,011	0,007	0,005	0,004	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,010	0,075	0,068	0,065	0,061	0,057	0,055	0,053	0,049	0,046	0,614	2,792
14	0,037	0,013	0,008	0,006	0,004	0,004	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,011	0,068	0,065	0,062	0,057	0,048	0,053	0,049	0,046	0,547	2,486
15	0,035	0,012	0,007	0,005	0,004	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,002	0,010	0,066	0,064	0,060	0,057	0,053	0,052	0,048	0,491	2,233
16	0,034	0,012	0,007	0,005	0,004	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,009	0,064	0,060	0,056	0,053	0,051	0,048	0,422	1,920
17	0,034	0,012	0,008	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,002	0,001	0,001	0,009	0,060	0,056	0,053	0,051	0,049	0,364	1,655
18	0,036	0,013	0,008	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,008	0,056	0,053	0,052	0,049	0,308	1,402
19	0,034	0,012	0,007	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,008	0,053	0,044	0,049	0,241	1,098
Acceso restringido a los recursos, activos y registros	0,036	0,012	0,007	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,007	0,007	0,052	0,048	0,199	0,904
Niveles definidos de autorización	0,037	0,013	0,008	0,006	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,007	0,049	0,151	0,688
Función de auditoría interna	0,034	0,012	0,007	0,005	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,006	0,006	0,095	0,434
	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	22,000	100,000

Para la matriz Saaty se debe identificar el menor valor y este se debe resolver primero por las instituciones de salud, como se observa en la tabla: **Función de auditoría interna.**

2.3.2 Análisis del problema raíz. (Paso 2)

La metodología Saaty implica, identificar las causas que general el problema con la siguiente pregunta ¿Qué nos impide alcanzar las condiciones deseadas?, esto mediante el criterio de expertos, expresado en el gráfico de causa efecto:

Figura # 22 Diagrama Causa –Efecto



Para atender a la causa seleccionamos aquella con mas influencia en el problema identificado. En este punto se aplica el Triangulo de Fuller, para estimar los pesos en los criterios mediante la comparación de parejas, Los criterios, según este método, son numerados con un valor natural comprendido entre 1 y k, entonces confrontamos al decisor con el esquema del Triángulo, cuyas filas están formadas por un arreglo de pares de números naturales. En este caso se consideran 5

criterios para estimar los pesos relativos, donde el triángulo queda de la siguiente forma: $n-1=5-1=4$

Tabla # 97 Comparaciones del Triángulo de Fuller

1	1	1	1	Primera comparación
2	3	4	5	
	2	2	2	Segunda comparación
	3	4	5	
		3	3	Tercera comparación
		4	5	
			4	Cuarta comparación
			5	

Dónde:

1: Supervisión y monitoreo. 2: Actividad y control 3: Ambiente de control

4: Información y comunicación 5: Evaluación y riesgo

El experto es invitado a seleccionar en cada par el número que considere más importante. Los números marcados con (*), representan el criterio seleccionado entre los pares de criterios a comparar.

Tabla # 98 Triángulo de fuller con selección de expertos

1*	1*	1*	1	Primera comparación
2*	3*	4*	5*	
	2*	2*	2*	Segunda comparación
	3	4*	5*	
		3	3	Tercera comparación
		4	5*	
			4	Cuarta comparación
			5*	

Los pesos de los criterios serán entonces: $P_{ci} = \frac{Ns_{ci}}{N}$

Dónde:

Pci: Peso del criterio.

NSci: Número de selecciones del criterio.

N: Número de todas las comparaciones. Esto se calcula como sigue:

$$N = \frac{k(k - 1)}{2}$$

Dónde:

k: Número de criterios

Para el caso que nos ocupa el número de todas las comparaciones se calcula de forma siguiente:

$$N = \frac{5(5 - 1)}{2} = \frac{20}{2} = 10$$

Tabla # 99 Los pesos en concreto quedan como sigue:

Causas valoradas	Número de selecciones del criterio	Número de todas las comparaciones	Peso del criterio
1 Supervisión y monitoreo.	3	10	0,3
2: Actividad y control	4	10	0,4
3: Ambiente de control	1	10	0,1
4 Información y comunicación	2	10	0,2
5: Evaluación y riesgo	4	10	0,4

Los pesos calculados a cada una de las causas que tienen el problema identificado es la causa 2 (actividades y control) y la causa 5 (evaluación y riesgo).

2.3.2.1 Soluciones potenciales ¿Cómo podríamos lograr el cambio?

Las alternativas de solución fueron identificadas a través del trabajo en grupo utilizando el método 635, (6 personas, 3 ideas, 5 minutos) dichas alternativas son:

1. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información
2. Diseñar un manual para evaluación de riesgos.
3. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud.

2.3.2.2 Selección y planteo de la solución ¿Cuál es la mejor manera de hacer esto?

Las evaluaciones a las tres alternativas son realizadas por siete criterios diferentes.

Alternativas
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud

El criterio usado para evaluación es dividido en 4 grupos:

Criterios	Valoración
K1: Criterio del Costo	Costo implicado en poner en práctica la solución
K2: Criterio de Oportunidad	Rapidez con que se puede implementar la solución
K3: Criterio de Impacto	Impacto considerado de la implementación de la solución
K4: Criterios Aceptación	Aceptación de la solución por parte de los directivos de la organización

La descripción de los criterios anteriores, el denominado K1, es de minimización, mientras que K2, K3 y K4 son de máximo. Este es un problema típico de decisión multiatributo. La Matriz de Criterio con el Problema de Decisión Multiatributo, valores asociados a las alternativas y los criterios de evaluación, fueron evaluados de 1 a 5.

Tabla # 100 Matriz de criterio

Alternativas	Criterios de evaluación			
	K1	K2	K3	K4
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información	5	3	3	3
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	2	3	2	2
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	5	4	5	5

Lo ideal sería aquella alternativa hipotética A_n . Es un problema general de decisión multiatributo para llegar a la solución ideal no podríamos trabajar con los valores alcanzados por los atributos en la matriz de decisión inicial, ya que estos vendrán expresados en magnitudes heterogéneas, siendo necesario realizar transformaciones de los valores Y_{ij} con el fin de homogenizarlos y poder utilizar una misma escala de medida, que será fundamental para poder obtener una medida de proximidad o distancia de cada uno de los atributos al valor ideal. Este problema se resuelve mediante la transformación de los valores iniciales, es decir de la información básica utilizada, reconvirtiéndolos en una escala adimensional de medida y reduciendo su campo de variación, con el fin de obtener en todos los valores de la matriz escalas de medida comparables. Se pueden considerar el método de la estandarización para lograr esto La transformación de interés que nos permitirá homogenizar todas las variables o atributos a una misma escala:

$$r_{ij} = \frac{(Y_{ij} - E_{Y_j})}{s_j}$$

Dónde:

Y_{ij} : Valor del criterio para la alternativa

$E(Y_j)$: Media de los valores del criterio para la alternativa

S_j : Desviación típica de los valores del criterio para la alternativa y en donde las variables transformadas r_{ij} que toman valores tipificados tendrán media cero y desviación típica uno respectivamente, manteniéndose los máximos, mínimos y las variaciones proporcionales. Como se transfieren todos los atributos al de máximo, es claro que resultan mejores aquéllos en los cuales los r_{ij} se aproximan a 1 reportando la alternativa i , la más ventajosa desde el punto de vista del criterio j . Cuando vamos a resolver un problema debemos concentrarnos en las alternativas "dominantes".

El objetivo final es encontrar la alternativa óptima dentro del conjunto de todas las alternativas. Para determinar la alternativa óptima es necesario tener información sobre las preferencias del decisor con respecto a los criterios. Los atributos individuales expresados en la tabla 1 son mutuamente incomparables porque están expresados en diferentes unidades de medida. Por consiguiente, los elementos Y_{ij} serán transformados de acuerdo al procedimiento señalado anteriormente. Después de efectuada la misma, los valores de los atributos individuales adquieren la forma r_{ij} que se muestra en la tabla.

Tabla # 101 Matriz transformada triángulo de fuller

Alternativas	K1: Criterio del Costo	K2: Criterio de Oportunidad	K3: Criterio de Impacto	K4: Criterios Aceptación	
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuado sistema de información	2,69059892	-2,77350269	0,8178211	0,8178211	1,55273843
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	0,30940108	-2,77350269	0,1821789	0,1821789	3,44726157
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	2,69059892	-1,77350269	2,8178211	2,8178211	6,55273843

Si comparamos las alternativas A1 y A2, la primera es dominante. Además, desde el punto de vista del costo, la alternativa A1 es la mejor, pero para los demás criterios la mejor alternativa es A3. La información ordinal que es la importancia relativa de cada criterio de manera individual, de esta manera los pesos serán obtenidos nuevamente aplicando el Triángulo de Fuller para los criterios establecidos el cual queda establecido de la forma que sigue:

K1: Criterio del Costo
K2: Criterio de Oportunidad
K3: Criterio de Impacto
K4: Criterios Aceptación

K1	K1	K1
K2	K3	K4
	K2	K2
	K3	K4
		K3
		K4

El decisor selecciona en cada par el número que considere más importante. Los números marcados con (*), representan el criterio seleccionado entre los pares de criterios a comparar.

K1*	K1*	K1
K2	K3*	K4*
	K2	K2
	K3*	K4*
		K3*
		K4*

Los pesos de los criterios serán entonces: $P_{ci} = \frac{N_{Sci}}{N}$

Dónde:

P_{ci}: Peso del criterio.

N_{Sci}: Número de selecciones del criterio.

N: Número de todas las comparaciones. Esto se calcula como sigue:

$$N = \frac{k(k - 1)}{2}$$

Dónde:

k: Número de criterios

Para el caso que nos ocupa el número de todas las comparaciones se calcula de forma siguiente:

$$N = \frac{4(4 - 1)}{2} = \frac{12}{2} = 6$$

Tabla # 102 Los pesos en concreto quedan como sigue:

Causas valoradas	Número de selecciones del criterio	Número de todas las comparaciones	Peso del criterio
K1: Criterio del Costo	2	6	0,33
K2: Criterio de Oportunidad	0	6	0,00
K3: Criterio de Impacto	3	6	0,50
K4: Criterios Aceptación	3	6	0,50

La alternativa a seleccionar como óptima será la que maximiza.

$$MaxA_j = \sum_{j=1}^n Y_{ij}(P_{ci})$$

Tabla # 103 Matriz de criterio Maximizada

	K1: Criterio del Costo	K2: Criterio de Oportunidad	K3: Criterio de Impacto	K4: Criterios Aceptación	Max Aj
pesos d kn	0,33	0	0,5	0,5	
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuado sistema de información	2,69059892	-2,77350269	0,8178211	0,8178211	1,70571874
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	-0,30940108	-2,77350269	-0,1821789	-0,1821789	-0,28428126
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	2,69059892	-1,77350269	2,8178211	2,8178211	3,70571874

La alternativa que maximiza es: **A3 Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud**, es necesario planear las acciones que faciliten la implementación de la solución seleccionada.

2.3.3 Estrategias para la solución del problema.

Plan de Acción para garantizar la supervisión permanente de las actividades

Tabla # 104 Estrategia 1.- Información interinstitucional del historial clínico del paciente

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado Fuente financiación		Observaciones
			Persona l propio	Personal externo	

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado Fuente financiación		Observaciones
			Personal propio	Personal externo	
Determinar las necesidades urgentes de conocer el historial del paciente a nivel nacional entre instituciones de salud.	En proceso de discusión	Dirección administrativa de hospital, IESS y clínica	\$3000.00	\$10000 en 180 días	Se debe realizar mesas de dialogo entre las instituciones del sector salud pública y privada, donde se trate como tema principal la difusión del historial de los pacientes entre las instituciones
Diseñar o formar alianzas entre instituciones con el fin de crear un nuevo software o compartir el software que utilizan las instituciones de salud publica	En proceso de discusión	Dirección Administrativa Hospitalaria	\$100000.00	Si existe convenio de uso de software el costo es cero. Caso contrario \$100000.00	Diseño de alianzas y convenios entre instituciones a fin de compartir software del historial de pacientes o a su vez crear uno nuevo.
Control del sistema de información	En proceso de discusión	Dirección administrativa de hospital, IESS y clínica	2000,00		Se debe elaborar un manual para el manejo de sistema de información
Crear unidades que atiendan a pacientes que van por área de emergencia	En proceso de discusión	Dirección financiera	2000,00	Presentan proyectos	La mayoría de casos no son emergencia y pueden ser tratados por consulta general

Tabla # 105 Estrategia 2.- sistema de auditoria interna en las instituciones

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Sistema de auditoria interna en las instituciones				
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado		Observaciones
			Persona propia	Personal externo	
Nombrar una comisión que realice auditoria interna cada año.	En proceso de discusión	Dirección administrativa de hospital, IESS y clínica	\$3000.00	\$10000 en 180 días	Se debe realizar mesas de dialogo entre las instituciones del sector salud pública y privada, donde se trate como tema principal la difusión del historial de los pacientes entre las instituciones
Realizar correcciones oportunas en base a la matriz coso	En proceso de discusión	Dirección administrativa de hospital, IESS y clínica	\$100.00		Diseñado para identificar los eventos que potencialmente puedan afectar a la entidad y para administrar los riesgos, proveer seguridad razonable para la administración y para la junta directiva de la organización orientada al logro de los objetivos del negocio

Tabla # 106 Estrategia 3.- crear indicadores de desempeño

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Crear indicadores de desempeño				

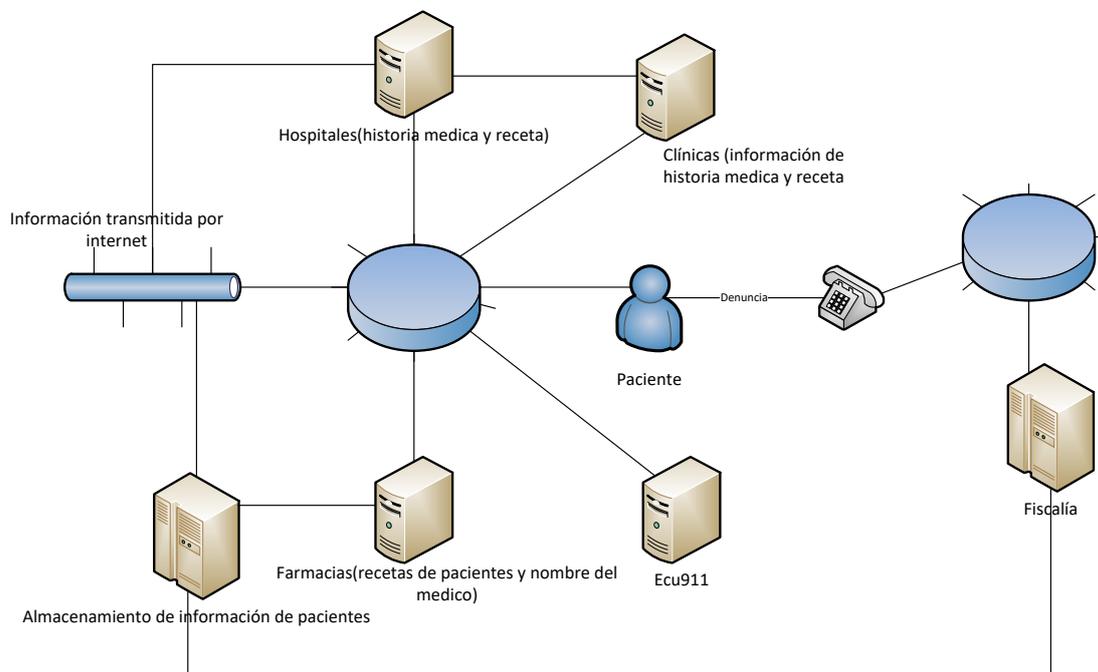
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado		Observaciones
			Persona l propio	Personal externo	
Crear indicadores para el personal administrativo	En proceso de discusión	Dirección administrativa de hospital, IESS y clínica	\$1000.00		Los departamentos de recursos humano deben crear indicadores de gestión para medir eficiencia y eficacia de cada uno
Crear indicadores para pacientes	En proceso de discusión	Dirección Administrativa Hospitalaria	\$1000.00		Se debe crear indicadores para medir la calidad de atención desde la percepción de los pacientes y familiares
Crear indicadores para la institución	En proceso de discusión		\$1000,00		Diseñar indicador de gestión, financieros, médicos.

Tabla # 107 Estrategia 4.- Coordinación con el ecu 911 en caso de emergencias

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Coordinación con el ecu 911 en caso de emergencias				
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado		Observaciones
			Persona l propio	Personal externo	
Informar inmediatamente de accidentes y emergencias graves a las instituciones de salud	En proceso de discusión	Jefe de operaciones	\$1000,00		Se debe informar a todas las instituciones que estén aptas para apoyar en una emergencia
Conocer que institución está equipada y cuenta con médicos	En proceso de discusión	Jefe de operaciones	\$1000,00		Tener un inventario de aquellas instituciones que son aptas para atender en una emergencia.

Misión	Optimizar la atención inicial intra y post hospitalaria hasta la rehabilitación con personal profesional blanco y administrativo con calidad y calidez.				
Objetivo estratégico	Crear un sistema legal de información interinstitucional del historial clínico del paciente				
Estrategia	Coordinación con el ecu 911 en caso de emergencias				
Acción	Fecha	Responsable	Costo aproximado		Observaciones
			Persona l propio	Personal externo	
cirujanos y especialistas					
Hacer seguimiento del paciente.	En proceso de discusión	Jefe de operaciones	\$1000,00		Realizar un seguimiento del paciente, situación de ingreso y salida.(vivo,muerto)

Figura # 25 Estrategia 1.- Ciclo de Información interinstitucional del historial del paciente



Ambientes legales: código de ética, mala práctica, como se observa el ciclo de información reúne las acciones de plan donde registran las instituciones de salud

las historias clínicas individuales de cada paciente, esta información se almacena en una base de datos transmitida por internet. De esta manera en algún caso de siniestro los familiares o el paciente puede pedir instrucción fiscal para analizar diagnóstico de médicos, especialistas, receta médica, medicamentos consumidos y tener argumentos evidenciales en caso de siniestro, así mismo se evidencia la atención, el profesionalismo, conocimiento, medicina de calidad entregada por farmacias que eximen de responsabilidad a los médicos e instituciones. En este ciclo es necesario el desarrollo de un software y una plataforma de almacenamiento de información, con accesos restringidos, otra alternativa es evaluar la eficiencia y eficacia del software utilizado actualmente en las instituciones IESS-HOSPITAL y compartir de manera lateral por medio de alianzas estratégicas. Estas acciones pueden optimizar la atención médica debido al conocimiento que puede tener y el tratamiento que realizaron otros médicos en instituciones diferentes incluso los análisis de laboratorios, de esta manera poder reevaluar la enfermedad, o la medicación al paciente.

Figura # 26 Estrategia 2.- sistema de auditoria interna en las instituciones (coso) committee of sponsoring organizations of the treadway commission – comité de organizaciones patrocinadas de la comisión treadway. Mejora de control interno dentro de las organizaciones.



Los principales componentes son: el ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, supervisión y monitoreo.

Estrategia 3.- Crear indicadores de desempeño.- modelo del tablero de Kaplan y Norton.

Metodología: Fase 1.- Preparación de las condiciones (Características de la institución e salud, formación de personal, matriz DAFO, definición de objetivos, formulación de estrategias, alineación de estrategias). Fase 2.-Análisis estratégico (mapa de procesos). Fase 3.- elaborar indicadores (sistema de indicadores, niveles de decisión (Mandos altos-medios-operacionales), impacto (eficiencia-eficacia), perspectiva (clientes-procesos-formación-financiera). Fase 4.- desarrollo del sistema.- (familiarización, sistema informativo, (actores-necesidad de información-fuentes de información- desarrollo de software-), implementación.

Tabla # 104 Matriz 1 finanzas

FINANZAS(satisfacer a los accionistas)			
OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIO
Liquidez	Liquidez corriente	Activo corriente/pasivo corriente	2017
Solvencia	Endeudamiento activo	Pasivo total/activo total	2017
	Apalancamiento	Activo total/patrimonio	2017
Gestion	Impacto de gastos administrativos Impacto de gastos financieros Rotacion activos fijos	Gastos administrativos y ventas / ventas Gastos financieros/ ventas Ventas/ activos fijos	2017
Rentabilidad	Rentabilidad neta de activos(dupont) Margen de operaciones	(Utilidad neta/ventas)*(ventas/activo total) Utilidad operacional/ventas	2017

Tabla # 105 Matriz 2.- procesos internos

PROCESOS INTERNOS(
OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIO
Innovacion y servicio	Velocidad en la atencion al paciente	Tiempo promedio de atencion a clientes en un dia/ jornada laboral en un dia.	2017

	Nuevos servicios	Total de servicios prestados/total de servicios de la competencia	
Proceso operativo	Desarrollo de soluciones	# soluciones propuestas en un mes/ # de problemas totales en el mes	2017
	Gestion de resultados	#conflictos solucionados al mes /# de problemas en el mes	
Servicio al paciente	Servicio al paciente	# total de servicios de la institucion/necesidades de paciente	2017
	Gestion de la demanda	Visitas a instituciones con promociones/nuevos pacientes	

Tabla # 106 Matriz 3.- formacion y crecimiento

FORMACION Y CRECIMIENTO(
OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIO
Gestion estrategica y alianzas	Proceso de planificacion Organización y coordinacion Alianzas	Desempeño(eficiencia-eficacia-calidad-economia)resultados(insumos-procesos-productos-resultados finanles) Eficiencia= #metas cumplidas/#total de metas *100 Eficiencia=gastos en el año/gasto total *100 Calidad=#alianzas realizadas/#de alianzas proyectadas *100	2017
Clima y cultura de accion	Creacion de equipos de trabajo Liderazgo y desarrollo	Eficacia=#de talleres de capacitacion realizada / #de talleres programados *100 Eficiencia de trabajo= # de equipos creados/# equipos proyectados en el año * 100 Liderazgo= #metas cumplidas en el año/ # total d emetas	2017
Sistemas tecnologicos	Auditoria tecnologias y	Auditoria= elementos defectuosos COSO/ # total elementos COSO A= #auditorias en el año/auditorias programadas	2017

Figura # 25 Proceso de servicio 911

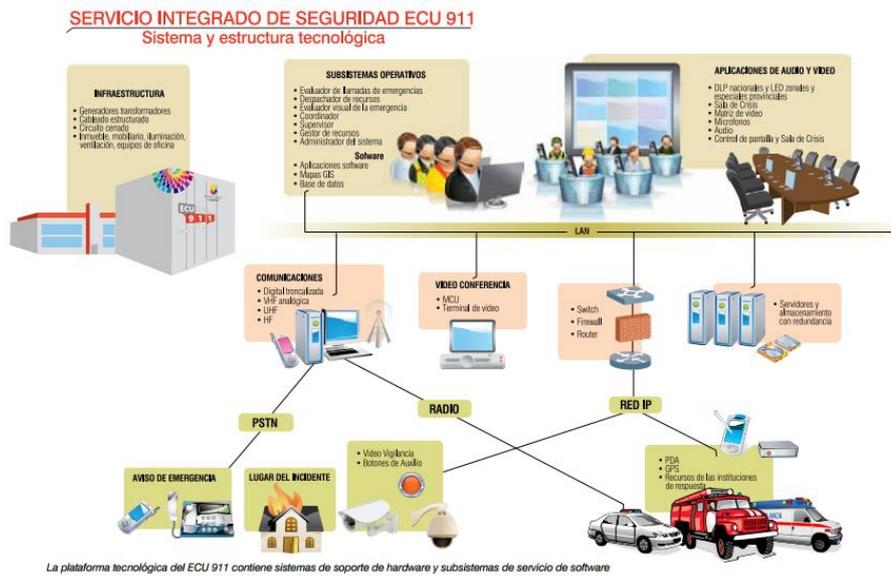


Figura # 26 Modelo de actuación

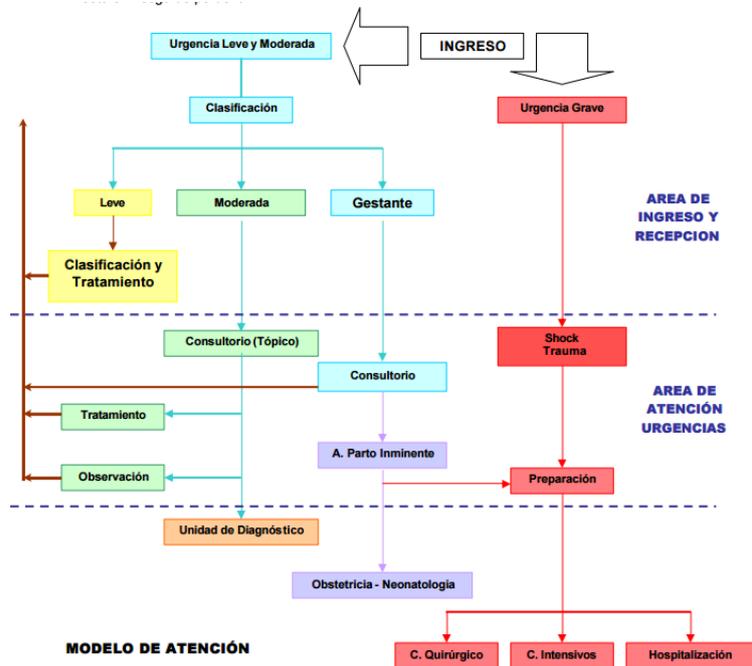


Tabla # 108 Recursos Humanos mínimos en las áreas de emergencia

Personal	II-1	II-2	III-1
Medico	Médicos Internistas (*) Cirujanos Generales Gineco-Obstetra Anestesiólogo Opcional de acuerdo al CAS. Traumatólogo	Médicos de emergencia o interistas(*) Cirujanos Generales Traumatólogo Pediatrias Gineco-Obstetras Anestesiólogo Programación Reten: Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda.	Médicos Emergenciólogos(*) Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Gineco-Obstetras de Tórax Nefrólogo Cardiólogo Programación Reten: Psiquiatra Urólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.
Enfermería	En tópico En sala de observación(**)	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinadora	En cada Área En Sala de Observación. (**) Coordinador Jefatura
Obstetrix			
Técnico en enfermería	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetrix Camiller	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetrix (***) Camillero	Técnico de enfermería por Enfermero u Obstetrix (***) Camillero

- (*) Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia. Para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel.
- (**) 01 enfermero por cada 06 pacientes
- (***) 01 técnico de enfermería por cada 06 pacientes

Tabla # 108 Clasificación del triaje para emergencia

Nivel de urgencia	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	Resucitación	Rojo 	Inmediata
2	Emergencia	Naranja 	10-15 minutos
3	Urgencia	Amarillo 	60 minutos
4	Urgencia menor	Verde 	2 horas
5	Sin urgencia	Azul 	4 horas

Tabla # 110 Escala de calidad propuesto en las áreas de emergencia

Liderazgo 10%	Gestión de recurso humano 9%	Procesos 14%	Satisfacción del personal 9%	Resultados 15%
	Estrategia 8%		Satisfacción del cliente 20%	
	Recursos 9%		Impacto en la sociedad 6%	

Tabla # 111 Evaluación del nivel del servicio

NIVEL DE SERVICIO	FÓRMULA
Plazo	número de pedidos fuera de tiempo/Total de pedidos
Cantidad	número de pedidos incompletos/total de pedidos
Calidad	número de artículos defectuosos/total de artículos

Fuente: Investigación de Campo

Para el cálculo de la fiabilidad del nivel del servicio proporcionado por la empresa se utilizará la siguiente fórmula:

$$F = \prod \left(1 - \frac{CF}{N}\right) * \left(1 - \frac{CT}{N}\right) * \left(1 - \frac{CP}{N}\right) * 100\%$$

Para el cálculo del nivel de servicio percibido por el paciente, donde se evaluarán aspectos fundamentales que serán comparados con los datos obtenidos en el nivel de servicio, de esta manera conocer la brecha que existe entre los dos niveles para realizar las acciones correctivas necesarias

CAPITULO 3

3 DISCUSIÓN

3.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.1 Conclusiones

Con las herramientas aplicadas, la metodología de investigación y la guía de control interno COSO, permitió identificar principales problemas en el sistema de control interno de las instituciones de salud estudiadas que se resumen a continuación:

- En la revisión de literatura especializada se detectó una estrecha relación entre los autores consultados donde destacan la planificación estratégica y su optimización con las normas del sistema de control interno aplicable en el sector público y privado orientadas al desempeño institucional con indicadores de efectividad, eficiencia, pacientes, gestión con un enfoque al servicio de emergencia médica.
- El procedimiento diseñado en el desarrollo de la investigación, constituye un instrumento que permite dar solución desde la perspectiva teórico-metodológica al problema científico formulado, por lo que queda demostrada su factibilidad, al permitir a los miembros de las áreas de emergencia y organizaciones la evaluación de su desempeño, también permitió determinar el principal problema por medio del sistema de control interno COSO siendo el más bajo la función de auditoría interna debido a que en algunas instituciones no tienen este departamento y son revisiones rutinarias pero no de manera permanente, después continúan los sistemas de información, según expresiones del personal no se enteran de algunas disposiciones importantes ya que no es socializada la información, otros puntos son las restricciones a recursos y activos, además factores como niveles de autorización en lo público es burocrático son trámites muy demorosos, en lo privada es más rápida la situación ya que máximo tienen un jefe inmediato, los indicadores de desempeño no son claros y en muchos casos desconocen de su existencia los empleados creen que cumplen con todo al asistir a trabajar las 8 horas, cuando en realidad los indicadores miden otros puntos.

- Con la combinación de herramientas multiatributos como Matriz Saaty, el Triángulo de Fuller, y método 635, (6 personas, 3 ideas, 5 minutos), se logró identificar de mejor manera una estrategia principal que consistió en Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud.
- La aplicación integral de este procedimiento en la investigación se convierte en base fundamental para las áreas de emergencia, ya que determina problemas existentes, necesidades estratégicas, mayor socialización de los procesos clave de calidad en atención al paciente, permitir la utilización eficiente de los perfiles de cargos por competencias; de manera progresiva y racional en su comportamiento, generando y proyectando políticas y estrategias encaminadas al buen desempeño de las tareas y fines de la misma.
- La metodología específica aplicada, permitió el diseño de un plan estratégico compuesto por 4 estrategias: información interinstitucional de la historia clínica del paciente; sistema de auditoria interna por el método COSO; crear indicadores de desempeño monitoreado por el tablero de Kaplan y Norton; coordinación con el ECU 911 cumpliendo los recursos mínimos en las áreas de emergencia. Estas estrategias se desarrollaron en el plan de acción.

3.1.2 Recomendaciones

De acuerdo con las premisas dadas en la investigación, se realiza las siguientes recomendaciones pertinentes:

- A las instituciones de salud considerar crear un departamento de control de calidad donde sea permanente realizar controles al sistema de control interno, incluirlo dentro de su planificación estratégico para el año 2017, enfocados a la mejora de calidad de las instituciones precisamente para optimizar las áreas de emergencia. Y la salud de los pacientes de manera general. Se precisa continuar con la implementación del procedimiento en el área de emergencia basadas en competencias para mejorar los niveles de desempeño organizacional individual, aplicando o creando indicadores de medición y control de una manera estratégica, progresiva, racional y constante.
- Sugerir a las Direcciones administrativas estudiadas un plan de supervisión de actividades individuales o institucionales aplicando normas de

control interno con el cuestionario COSO, la metodología multiatributos (Saaty, Fuller, 635) para la solución y recomendación más adecuada a los problemas, y en lo posible su implementación.

- Considerar la aplicación de los procedimientos propuestos como guía o herramienta en sus instituciones buscando la manera legal de compartir información interinstitucional de la historia clínica del paciente; sistema de auditoria interna por el método COSO; crear indicadores de desempeño monitoreado por el tablero de Kaplan y Norton; coordinación con el ECU 911 cumpliendo los recursos mínimos en las áreas de emergencia con la utilización de indicadores de medición adecuados para hacer más factible la aplicación de este procedimiento, creando compatibilidad entre los sistemas existentes.
- Aplicar la metodología propuesta en implementar la Cultura organizacional compuesta de solidaridad, generosidad, humildad, tolerancia, vocacion de servicio, el saber escuchar y el respeto, que todo ser humano debe recibir en su momento de dolor o agonía reflejando primero la calidad del profesional medico como persona en su atención al paciente con calidez.

Bibliografía

Aguirre, J. M. (2003). *Auditoría y Control Interno*.

Aguirre, J., & Fernández, A. (1996). *Auditoría I. Normas técnicas, control Interno, planificación del trabajo, objetivos y procedimientos*. Madrid: Cultural de Ediciones, S.A

Alonso, A. B. (2004). *Comercio electrónico antecedente, fundamentos y estado actual*. Madrid: dykinson s.l.

Ardura, I. R. (2010). *Marketing.com y comercio electrónico en la sociedad de la información*. Madrid: esic.

B., L. L. (2004). *Gestión Estratégica de los Servicios de Salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Balado, E. S. (2004). *La nueva era del comercio, comercio electrónico*. España: ideaspropias.

Carlos Julio Galindo Ruíz. (2006). *Manual para la creación de empresas: guía de planes de negocios*. Bogotá : textos universitarios.

Castelo W, Castelo Angel, Rodriguez Jorge, 2016; Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias, revista cubana de enfermería, vol 32 num 3. www.Revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/942/184. Scielo

Campaña P, Ortiz P, Zaldivar V, 2014, Propuesta de cuadro de mando integral para la Universidad de Holguin, pag 333-343, ingeniería industrial, www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/article/viewfile/1147/596.

Cepeda Alonso, G. (2000). *Auditoría y control interno*. Bogotá: McGraw-Hill.

Chapman, W. (1965). *Procedimientos de auditoría*. Buenos Aires: Colegio de Graduados en Ciencias Económicas

Castrillón, C. A. (2007). *Planeación estratégica Henry Mintzberg*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Sede Palmira .

- Cevallos Velasco, E. M. (2014). *Informe de Resultados Abril*. Santo Domingo.
- Dr. Michel Escalona Martin, Dra Gertrudis Avila Parra, Lic. Dixania, Dr. Tomas Avila Niebla. (2009). Calidad de la atencion y su Satisfaccion Servicio de Urgencias. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181522292003>, 20-40.
- Ecuador, C. d. (2008). Constitucion del Ecuador . En Ecuador.
- Ecuador, C. d. (2008). Constitucion del Ecuador . En Ecuador, *Constitucion del Ecuador* (pág. Art 3). Quito.
- Gaitan, O. E. (2010). *Analisis financiero y de gestión*. Mexico .
- Gaitan, O. E. (2010). *Análisis Financiero y de Gestión* . Mexico : ecoe ediciones.
- Gaitán, R. E. (2012). *Administración de riesgos ERM y la auditoria interna* . mexico : eqr.
- Gallo, U. N. (2009). *Tipos de estructuras organizacionales*. lima: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Gariboldi, G. (1999). *Comercio electrónico: conceptos y reflexiones básicas*. Buenos aires: bid-intal.
- Gariboldi, g. (1999). *Comercio electrónico: conceptos y reflexiones básicas*. Buenos aires: bid-intal.
- Haro, A. d. (2011). *Medicion y control de riesgos financieros* . Mexico: libri mundi .
- Helgueros, Y. (2011). *Revista internacional administracion & finanzas (RIAF)*, 84.
- Hernandez, R. (2002). *Administración: pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia*. Mexico: McGraw- Hill/ Interamericana editores México.
- Hitt, M. A. (2006). *Administracion*. Mexico: Person Educacion.
- Humanos, C. N. (2013). Código orgánico de salud. En C. N. Humanos, *Ley organica de salud*. Quito.
- Karem Delgado Encimas, Miguel Mejia Puente. (2011). Aplicacion de la simulacion discreta para proponer mejoras en los procesos de atencion en area de emrgencias de un hospital publico el area de emern. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81622582008>(<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81622582008>), 20-30.
- Koontz, H. (1955). *Auditoría Administrativa*.
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2012). *Sistema de informacion gerencial*. Pearson.

- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2012). *Sistema de informacion gerencial*. Pearson.
- LLuberes, C. (05 de Marzo de 2013). *Estado del Internet en América Latina*. Obtenido de <http://dalealaweb.com/2013/03/estado-del-internet-en-america-latina-infografia/>
- Luna, C. (1 de Agosto de 2014). *Interbrand- CNN EXPANSIÓN*. Recuperado el 8 de octubre de 2014, de CNN EXPANSIÓN: www.cnnexpansion.com/economia
- Lybrand, C. &. (2008). *Nuevos conceptos de control interno(informe COSO)*. Madrid: Diaz de Santos.
- Maldonado E., M. (2006). *Auditoría de Gestión*. Quito.
- Martinez, A. c. (2010). *Estrategias empresariales en la web 2.0*. España: club universitario.
- MERCURIO, A. E. (30 de 3 de 2013). El mercurio. *Alto endeudamiento de la gente con sistema financiero*, pág. 5.
- Miller, F. (2007). *Contabilidad Intermedia*. Mexico: hispanoamericana.
- Nekane Aramburo Goya, Olga Rivera Hernandez. (2007). *Organizacion de Empresas*. Mexico : Universidad de Deusto.
- Oelkers, D. B. (2003). *Comercio electronico serie business*. Mexico: internacional thomson.
- Philip, K., & Armstrong, G. (2003). *Fundamento de marketing*. Mexico: pearson educacion.
- Publica, M. d. (2013). *Modelo de Atencion Integrado de Salud MAIS-FCI*. Quito: Ministerio de Salud Publica .
- Roberto Hernandez Sampieri, C. F. (2007). *Fundamentos de metodologia de la investigacion*. España: Mcgraw.
- Rodrigo Garcia Alvarado, Felipe Baesler Abufarde, Pedro Rodriguez Moreno. (2003). Analisis del Diseño y Gestion de servicios de emergencia Hospitalaria en Chile. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29901202>, 20-30.
- Salud, L. O. (2008). Ley Organica de Salud. En E.-i. d. salud.
- SENPLADES, S. N. (2008). *Cosntitucion de la Republica del Ecuador*. Quito: SENPLADES.

- TELEGRAFO, E. (25 de octubre de 2013). BNF cartera vencida \$ 200 millones. *Economía*, pág. 20.
- Torres, J. B. (5 de junio de 2011). *ingenius.ups.edu.ec*.
- Vargas, C. M. (2007). *Contabilidad Analisis de cuentas* . Costa Rica: Universidad Estatal San Jose (Costa Rica).
- Vargas, J. L. (2005). *Planificacion en los Servicios de Salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Whittington Ray O. y PanyKart. (2004). *Principios de la Auditoría*. Colombia: Decimo cuarta edicion Mc. Graw Hill.
- Wilfredo Rangel, Alfredo Matleo. (2010). Modelo Conceptual de datos difusos de triaje para emergencias hospitalaria representado con FUZZYEER. (Venezuela, Ed.) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82315410006>, 20-30.
- Zukerman, A. M. (2006). *Healthcare strategic planning: approaches for the 21 st century*. ISBN 1567930689.

Anexos

Anexo 1 . Guía cuestionario para la autoevaluación del Sistema de Control Interno

	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
1 Integridad y Valores Éticos					
1.1. Existen y están en aplicación los códigos de conducta y otras políticas donde se considere la práctica de la entidad y los niveles esperados de comportamiento ético y moral.					
1.2. La honestidad y la ética prevalecen en las políticas establecidas para el trato con los trabajadores, pacientes, proveedores, etc.					
1.3. Se toman medidas correctivas en respuesta a las desviaciones de las políticas y procedimientos o ante las violaciones del código de conducta. Dichas medidas se divulgan internamente para que sean del conocimiento de todo el personal de la organización.					
1.4. Están establecidos los mecanismos para garantizar un procesamiento de los trámites para los pacientes.					
1.5. Existe presión para cumplir con los objetivos planteados a la organización.					
2 Compromiso de Competencia Profesional					
2.1. Existen descripciones formales de puestos de trabajo u otras formas de describir las funciones que comprenden trabajos específicos.					
2.2. Se analizan los conocimientos y las habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente.					
3 Comité de Control	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
3.1. Existe un comité de control dentro de la organización					
3.2. El comité examina constructivamente las decisiones tomadas por la dirección del hospital (por ejemplo, iniciativas estratégicas, transacciones importantes), y busca explicaciones para resultados pasados.					
3.3. Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de forma suficiente y oportuna para permitir la supervisión de los objetivos y las estrategias de la dirección, la situación financiera y los resultados operativos de la entidad y las condiciones de los acuerdos significativos.					
3.4. Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales.					
3.5. La dirección del hospital supervisa y realiza el seguimiento necesario de las acciones que deberían ser tomadas como consecuencia de sus conclusiones, incluyendo en su caso investigaciones especiales.					
4 Atmósfera de confianza interna	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
4.1. La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos.					
4.2. Existe preocupación de la dirección hacia el proceso de datos y las funciones de contabilidad así como por la fiabilidad de la presentación de la información financiera y la salvaguarda de los activos.					
4.3. Se celebran con frecuencia reuniones de la dirección con las					
4.4. Hay frecuente interacción entre la administración principal y la operativa					
5 Estructura Organizativa Funcional	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
5.1. La estructura organizativa es apropiada y su capacidad de suministrar el flujo necesario de información para gestionar sus actividades.					

5.2.	Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad y ambas son del conocimiento de éstos.					
5.3.	Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.					
5.4.	Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.					
6	Asignación de autoridad y responsabilidad	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
6.1.	La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema.					
6.2.	Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios.					
6.3.	Las normas y los procedimientos relacionados con el control, incluyendo la descripción de funciones, son los idóneos para los directores de departamentos y los supervisores.					
6.4.	Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas.					
7	Políticas y prácticas en materia de recursos humanos	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
7.1.	Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.					
7.2.	Se informan a los trabajadores de sus responsabilidades y de lo que se espera de ellos.					
7.3.	Son suficientes y adecuadas las acciones correctivas que se toman en respuesta a las desviaciones en las políticas y procedimientos aprobados.					
7.4.	Las políticas de personal están orientadas a la observancia de las normas de conducta.					
7.5.	Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otras directrices de comportamiento.					
EVALUACIÓN DE RIESGOS						
8	Definición y comunicación de los objetivos de la entidad	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
8.1.	Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma y son, además, lo bastante específicos respecto de la entidad en concreto.					
8.2.	Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración.					
8.3.	Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales.					
8.4.	Se garantiza la coherencia de los planes de negocios y los presupuestos con los objetivos globales, los planes estratégicos y las circunstancias actuales de la entidad.					
9	Objetivos específicos para cada actividad	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
9.1.	Existe vinculación de los objetivos específicos de cada actividad con los objetivos globales y los planes estratégicos.					
9.2.	Existe coherencia en los objetivos específicos entre sí.					
9.3.	Se han establecido los objetivos específicos para todos los procesos importantes de la entidad.					
9.4.	Todos los niveles de la dirección participan en la fijación de objetivos y están conscientes de hasta qué punto están comprometidos en la consecución de los mismos.					
10	Identificación y evaluación de riesgos	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
10.1.	Existen los mecanismos adecuados para identificar los riesgos dentro de la institución.					

10.2.	Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad.					
10.3.	Se evalúa la importancia y probabilidad de ocurrencia de los riesgos, así como las medidas necesarias para abordarlos.					
11	Gestión y detección del cambio	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
11.1.	Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinarios que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.					
11.2.	Existen mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios que pueden tener un efecto importante sobre la Hospital y que, consecuentemente, requieran la atención de la alta dirección.					
ACTIVIDADES DE CONTROL						
12	Coordinación entre áreas	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
12.1.	Existen las políticas y los procedimientos apropiados y necesarios en relación con cada una de las actividades de la entidad definidas para cada área.					
12.2.	Se han establecido las debidas coordinaciones entre las áreas que propicien la integración, la consistencia y la responsabilidad con carácter colectivo.					
13	Documentación	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
13.1.	La estructura de control interno y todas las transacciones y hechos significativos, están claramente documentados, y la documentación está disponible para su verificación.					
14	Niveles definidos de autorización	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
14.1.	Se utilizan apropiadamente las actividades de control identificadas y se establecen los debidos momentos y niveles de autorización. Considere entre otros aspectos, los siguientes:					
	a).- Análisis efectuados por la dirección.					
	b).- Seguimiento y revisión por parte de los responsables de las					
	c).- Comprobación de las transacciones en cuanto a exactitud, totalidad, y autorización pertinente: aprobaciones, revisiones, coteios <u>recálculos</u> <u>análisis de consistencia</u>					
	d).- Controles físicos patrimoniales: arqueos, conciliaciones y					
	e).- Se definen en los puestos de trabajo de las diferentes áreas las responsabilidades y autoridad de los mismos para					
15	Separación de tareas y responsabilidades	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
15.1.	Están debidamente separadas y diferenciadas (en la medida de lo racionalmente posible) la responsabilidad de autorizar, ejecutar, registrar y comprobar una transacción, teniendo en cuenta la necesaria coordinación entre las distintas áreas de responsabilidad definidas en la entidad.					
16	Registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
16.1.	Se registra y clasifica de manera oportuna las transacciones y hechos importantes, atendiendo a la importancia, relevancia y utilidad que ello tiene para la presentación razonable de los saldos en los estados financieros.					
16.2.	Se realizan conteos físicos, periódicos, de los activos y se concilian con los registros contables					
17	Indicadores de desempeño	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
17.1.	Existe un sistema de indicadores de rendimiento implementado en la entidad para la puesta en marcha de acciones correctivas que disminuyan o eliminen las desviaciones importantes.					
18	Función de Auditoría Interna	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
18.1.	Se ha desarrollado un plan de Auditoría Interna respetándose los resultados de la Auditoría Interna					

19 Control de la tecnología de información	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
19.1. Existen los debidos controles de tecnología de la información relacionados principalmente con:					
a).- Seguridad física de los equipos de información.					
b).- Controles de acceso.					
c).- Controles sobre software.					
d).- Controles de proceso de datos.					
e).- Controles sobre el desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.					
f).- Controles de las aplicaciones.					
20 Control del sistema de información	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
20.1. El sistema de información es flexible y susceptible de modificaciones rápidas que permitan hacer frente a necesidades cambiantes de la dirección, en un entorno dinámico de operaciones y presentación de informes.					
20.2. El sistema ayuda a controlar todas las actividades de la entidad, a registrar y supervisar transacciones y eventos a medida que ocurren, y a mantener datos financieros.					
21 Acceso restringido a los recursos, activos y registros	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
21.1. Existen dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos y registros.					
21.2. Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las propuestas de medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.					
21.3. El plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.					
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN					
22 Información	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
22.1. La información se identifica, recoge, procesa y presenta por medio de los sistemas de información.					
22.2. Están creados los mecanismos para la obtención de la información externa e interna, que facilite a la dirección los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos.					
22.3. Se suministra la información a las personas adecuadas, con detalle suficiente y en el momento preciso, para permitirles cumplir con sus responsabilidades eficiente y eficazmente.					
23 Comunicación	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
23.1. Se comunica con eficacia a los trabajadores las tareas y responsabilidades de control.					
23.2. Están establecidos los canales de comunicación para que los trabajadores puedan informar sobre posibles irregularidades.					
23.3. Existen los mecanismos para que la dirección obtenga las sugerencias de los trabajadores sobre cómo mejorar la productividad, la calidad y otro tipo de mejoras similares y hay receptividad por parte de la dirección.					
23.4. Existe una comunicación adecuada entre todas las áreas de la entidad y de una información completa, puntual y suficiente que permita que las personas cumplan con sus responsabilidades eficazmente.					
23.5. Existe apertura y eficacia en los canales de comunicación con los pacientes, proveedores y otras personas externas para transmitir información sobre los cambios que se producen en las necesidades de los pacientes.					

23.6.	Se realiza un seguimiento oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, organismos de control y otros terceros.					
SUPERVISIÓN Y MONITOREO						
24	Supervisión continuada	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
24.1.	Se realiza la supervisión permanente de las actividades.					
24.2.	El personal, en el desarrollo de sus actividades, percibe el funcionamiento del sistema de control interno.					
24.3.	Se evalúa hasta qué punto las comunicaciones recibidas de terceros corroboran la información general dentro de la organización o indican problemas.					
24.4.	Se comparan periódicamente los importes registrados por el					
24.5.	Se realiza un seguimiento de las recomendaciones de los auditores internos y externos sobre medios de fortalecer los controles internos.					
24.6.	Son efectivas las actividades de la Auditoría Interna.					
25	Evaluaciones puntuales	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
25.1.	Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.					
25.2.	Es válida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de					
25.3.	El nivel de documentación disponible, entre las que se encuentran manuales de políticas, organigramas, metodologías, procedimientos, instrucciones operativas, etc. es adecuado.					
26	Comunicación de las deficiencias de control interno	Excelente	Bien	Regular	Mal	No sé
26.1.	Las deficiencias de control interno deberían ser comunicadas a los niveles superiores y las más significativas ser presentadas a la alta dirección y al consejo de dirección.					
26.2.	Existe algún mecanismo para reconocer e informar las deficiencias					
26.3.	Son adecuadas las normas de comunicación de las deficiencias detectadas.					
26.4.	Existen los mecanismos para erradicar las deficiencias.					

Anexo 2 .- Personal hospital

Distributivo Dividido de Trabajadores del Hospital General Santo Domingo 2016		
Administrativo	Administrativo	16
	Talento humano	3
	Admisiones	7
	Mantenimiento	3
	Tic's	2
	Atención al usuario	4
	Bodega	3
	Trabajo social	3
Total administrativos		41
Operativo	Farmacia	5
	Bioquímico farmacéutico	3
	Nutrición	3
	Laboratorio	11
	Médicos medicina interna	13
	Enfermera/o medicina interna	34
	Auxiliar de enfermería medicina interna	28
	Médicos pediatría	7
	Enfermera/o pediatría	4
	Auxiliar de enfermería pediatría	5
	Médicos especialistas y profesionales de la salud	12
Total operativos		125
Servicios generales	Paramédicos	4
	Camilleros	4
	Chofer	12
Total servicios generales		20
Total Población de estudio		186

Anexo 3 . Atributos y factores de satisfacción del cliente

Principales atributos de satisfacción a familiares de pacientes

ATRIBUTOS SATISFACCIÓN FAMILIARES

Confort de áreas de espera

Paquete de servicios según necesidad del paciente

Implementos y Equipos de Rehabilitación

Profesionalidad y nivel técnico del personal

Limpieza de las instalaciones

Atención del personal

Cumplimiento del cronograma de citas

Seguimiento del paciente y comunicación con familiares

Terapias de Estimulación

Atributos satisfacción pacientes

ATRIBUTOS SATISFACCIÓN PACIENTES

Metodología de trabajo con el paciente

Facilidad de acceso a las áreas

Paquete de servicios según necesidad del paciente

Implementos y Equipos de Rehabilitación

Profesionalidad y nivel técnico del personal

Limpieza de las instalaciones

Atención del personal

Cumplimiento del cronograma de terapias

Seguimiento y comunicación con el paciente

Terapias Estimulación

Factores Chávez Solís, 2003.

Factores De Satisfacción

Factor tiempo

Tiempo para pagar

Tiempo total en el autoservicio

Factor trato

Trato general

Esfuerzo de los colaboradores

Habilidad para prestar ayuda

Amistad y responsabilidad

Factor eficiencia

Conocimiento de los colaboradores para asesorar al cliente

Factor físico

Amplitud

Comodidad

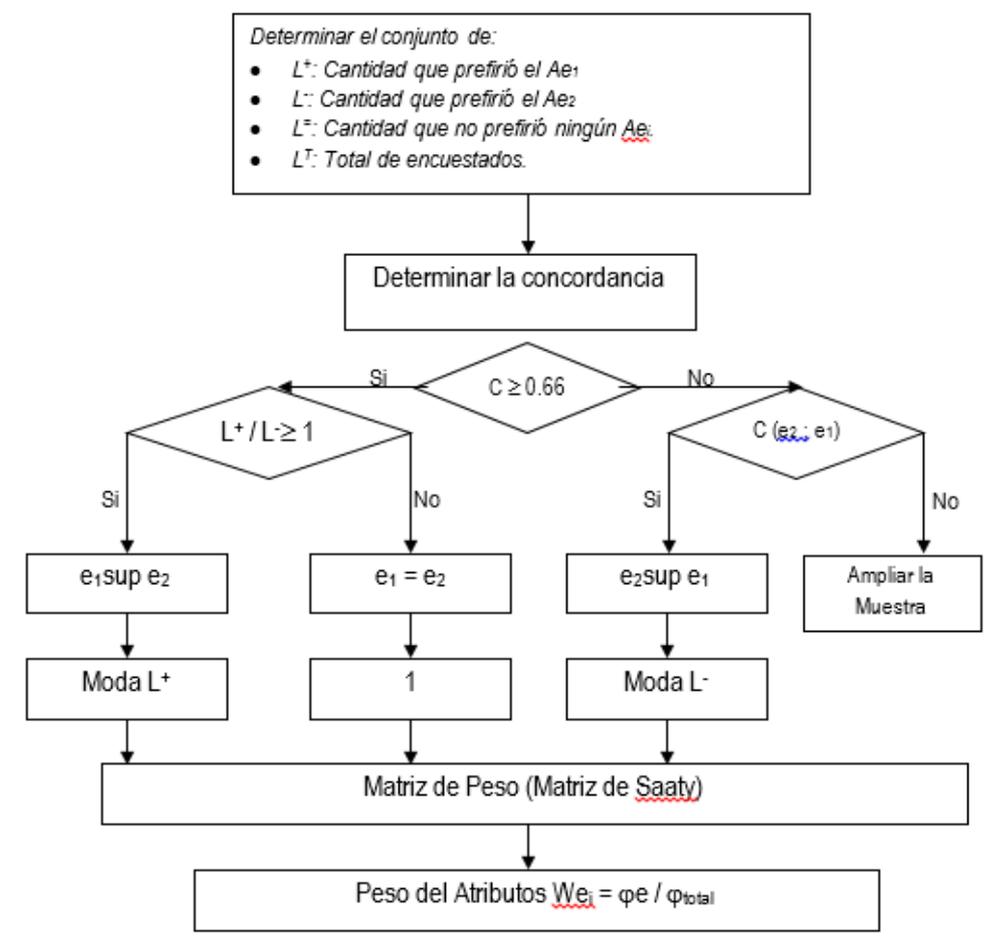
Ambiente general

Factor precio

Claridad en los precios

Precios bajos e indicados

Anexo 4 : Algoritmo para las ponderaciones de los atributos a partir del triángulo de Füller

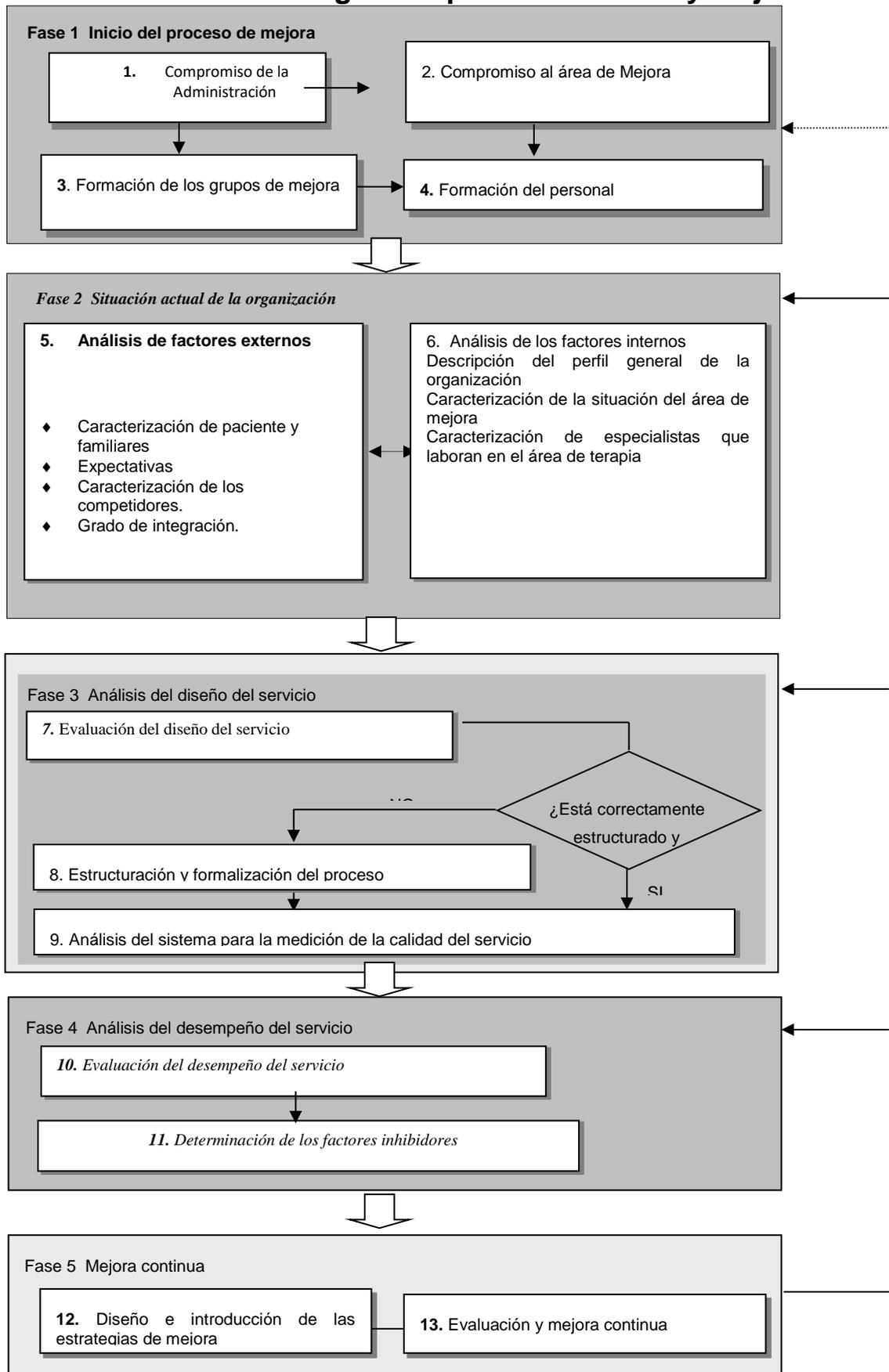


Matriz de Saaty

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
A	1									ϕ_e
B		1								ϕ_e
C			1							ϕ_e
D				1						ϕ_e
E					1					ϕ_e
F						1				ϕ_e
G							1			ϕ_e
										ϕ_{total}

Fuente: Noda Hernández (2004)

Anexo 5 : Procedimiento general para la medición y mejora de la



ANEXO LISTA DE PROBLEMAS EXCEL

Lista de problemas detallados identificados con el Control Internos	Media		Lista de problemas detallados identificados con el Control Internos	
3.3. Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de control interno.	2,88	3	19.1. Existen los debidos controles de tecnología de la información	2,16
7.1. Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.	2,88	3	14.1. Se utilizan apropiadamente las actividades de control identificadas y se establecen los debidos momentos y niveles de autorización.	2,31
8.3. Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales.	2,88	3	18.1. Se ha desarrollado un plan de Auditoría Interna respetándose los resultados de la Auditoría Interna.	2,57
6.2. Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios.	2,87	3	25.1. Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.	2,69
6.4. Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas.	2,87	3	10.2. Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad.	2,71
11.2. Existen mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios que pueden tener un efecto importante sobre la Hospital y que, consecuentemente, requieran la atención de la alta dirección.	2,87	3	21.3. El plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.	2,72
16.1. Se registra y clasifica de manera oportuna las transacciones y hechos importantes, atendiendo a la importancia, relevancia y utilidad que ello tiene para la presentación razonable de los saldos en los estados financieros.	2,87	3	a). Seguridad física de los equipos de información.	2,72
9.2. Existe coherencia en los objetivos específicos entre sí.	2,86	3	21.2. Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las...	2,74
24.6. Son efectivas las actividades de la Auditoría Interna.	2,86	3	6.1. La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles...	2,75
25.2. Es válida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de control interno.	2,86	3	3.2. El comité examina constructivamente las decisiones tomadas por la dirección del hospital (por ejemplo, iniciativas estratégicas, transacciones importantes), y busca explicaciones para resultados...	2,75
3.4. Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales.	2,84	3	26.3. Son adecuadas las normas de comunicación de las deficiencias detectadas.	2,76
4.1. La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos.	2,84	3	5.4. Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.	2,76
7.5. Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otras directrices de comportamiento.	2,84	3	23.6. Se realiza un seguimiento oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, organismos de control y otros terceros.	2,78
8.4. Se garantiza la coherencia de los planes de negocios y los presupuestos con los objetivos globales, los planes estratégicos y las circunstancias actuales de la entidad.	2,84	3	8.1. Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma y son, además, lo bastante específicos respecto de la...	2,78
11.1. Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinarios que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.	2,84	3	7.3. Son suficientes y adecuadas las acciones correctivas que se toman en respuesta a las desviaciones en las políticas y procedimientos aprobados.	2,78
26.4. Existen los mecanismos para erradicar las deficiencias.	2,84	3	26.2. Existe algún mecanismo para reconocer e informar las deficiencias identificadas del control interno.	2,80
16.2. Se realizan contos físicos, periódicos, de los activos y se concilian con los registros contables.	2,83	3	8.2. Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración.	2,81
8.2. Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración.	2,81	3	16.2. Se realizan contos físicos, periódicos, de los activos y se concilian con los registros contables.	2,83
26.2. Existe algún mecanismo para reconocer e informar las deficiencias identificadas del control interno.	2,80	3	26.4. Existen los mecanismos para erradicar las deficiencias.	2,84
7.3. Son suficientes y adecuadas las acciones correctivas que se toman en respuesta a las desviaciones en las políticas y procedimientos aprobados.	2,78	3	11.1. Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinarios que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.	2,84
8.1. Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma y son, además, lo bastante específicos respecto de la entidad en concreto.	2,78	3	8.4. Se garantiza la coherencia de los planes de negocios y los presupuestos con los objetivos globales, los planes estratégicos y las circunstancias actuales de la entidad.	2,84
23.6. Se realiza un seguimiento oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, organismos de control y otros terceros.	2,78	3	7.5. Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otros...	2,84
5.4. Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.	2,76	3	4.1. La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos.	2,84
26.3. Son adecuadas las normas de comunicación de las deficiencias detectadas.	2,76	3	3.4. Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales.	2,84
3.2. El comité examina constructivamente las decisiones tomadas por la dirección del hospital (por ejemplo, iniciativas estratégicas, transacciones importantes), y busca explicaciones para resultados pasados.	2,75	3	25.2. Es válida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de control interno.	2,86
6.1. La asignación de responsabilidad, la delegación de autoridad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema.	2,75	3	24.6. Son efectivas las actividades de la Auditoría Interna.	2,86
20.1. El sistema de información es flexible y susceptible de modificaciones rápidas que permitan hacer frente a necesidades cambiantes de la dirección, en un entorno dinámico de operaciones y presentación de informes.	2,75	3	9.2. Existe coherencia en los objetivos específicos entre sí.	2,86
21.2. Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las propuestas de medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.	2,74	3	16.1. Se registra y clasifica de manera oportuna las transacciones y hechos importantes, atendiendo a la importancia, relevancia y utilidad que ello tiene para la presentación razonable de los saldos...	2,87
a). Seguridad física de los equipos de información.	2,72	3	11.2. Existen mecanismos para detectar y reaccionar ante los cambios que pueden tener un efecto importante sobre la Hospital y que, consecuentemente, requieran la atención de la alta dirección.	2,87
21.3. El plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.	2,72	3	6.4. Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas.	2,87
10.2. Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad.	2,71	3	6.2. Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de...	2,87
25.1. Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.	2,69	3	8.3. Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales.	2,88
18.1. Se ha desarrollado un plan de Auditoría Interna respetándose los resultados de la Auditoría Interna.	2,57	3	7.1. Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.	2,88
14.1. Se utilizan apropiadamente las actividades de control identificadas y se establecen los debidos momentos y niveles de autorización.	2,31	3	3.3. Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de control de forma suficiente y oportuna para permitir la supervisión de los objetivos y las estrategias de la dirección, la...	2,88
19.1. Existen los debidos controles de tecnología de la información	2,16	3		

Anexo MATRIZ EXCEL CUANTIFICACIÓN COSO

Área	Enseñante - 4	Bien - 3	Regular - 2	Mal - 1	No sé - 0	Escala de valoración												n	Σ(Xi - X̄)²	σ²	desviación
						enc 127	enc 128	enc 129	enc 130	enc 131	enc 132	enc 133	enc 134	+	d(x)	σ²	varianza				
Ambiente de control																					
1 Integridad y Valores Éticos	3,6	3,2	3,4	3,4	1,4	3,8	3,2	3,6	3,00	15,12	-0,20	0,040592	0,000953	0,017476	12	0,07	0,004011	0,00232E-05	0,0052394		
1.1. Existen y están en aplicación los códigos de conducta y otras políticas donde se considere la práctica de la entidad y los niveles esperados de comportamiento ético y moral.	4	3	3	3	1	4	3	4	2,83	0,07	0,004011	0,00232E-05	0,0052394	12	0,07	0,004011	0,00232E-05	0,0052394			
1.2. La honestidad y la ética prevalecen en las políticas establecidas para el trato con los trabajadores, pacientes, proveedores, etc.	4	3	3	3	2	3	4	3	3,03	-0,03	0,000931	6,7E-06	0,0025894	12	0,06	0,0028786	0,0063292	0,0257446			
1.3. Se toman medidas correctivas en respuesta a las desviaciones de las políticas y procedimientos o ante las violaciones del código de conducta. Dadas medidas se divulgan internamente para que resulte del conocimiento de todo el personal de la entidad.	4	3	3	3	0	4	3	4	2,97	-2,97	8,827866	0,0063292	0,0257446	12	0,96	0,3267854	0,0063662	0,0834755			
1.4. Están establecidos los mecanismos para garantizar un procesamiento de los trámites para los pacientes.	4	4	4	4	1	4	3	3	3,04	0,96	0,3267854	0,0063662	0,0834755	12	0,96	0,3267854	0,0063662	0,0834755			
1.5. Existe presión para cumplir con los objetivos planteados a la organización.	3	3	4	4	3	4	3	3	3,04	0,96	0,3267854	0,0063662	0,0834755	12	0,96	0,3267854	0,0063662	0,0834755			
2 Compromiso de Competencia Profesional	2,5	3	3	3	1,5	2,5	3	4	3,01	0,59	0,365103	0,007407	0,086329	12	1,07	1,849229	0,0069629	0,091952			
2.1. El comité evalúa los conocimientos y habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente.	2	3	2	2	2	2	3	4	2,93	0,91	0,828951	0,0062324	0,0784559	12	0,82	0,272893	0,002058	0,0452983			
2.2. Se analizan los conocimientos y las habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente.	3	3	4	4	1	3	3	4	3,09	0,91	0,828951	0,0062324	0,0784559	12	0,82	0,272893	0,002058	0,0452983			
3 Comité de Control	3,4	3,4	3,4	3,4	1,9	3,6	3,4	4	2,88	10,4	10,76192	0,0069394	0,0894565	12	0,25	0,0643796	0,0004841	0,0220013			
3.1. Existe un comité de control dentro de la organización.	4	3	4	4	1	4	4	4	2,96	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536	12	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536			
3.2. El comité examina constructivamente las decisiones tomadas por la dirección del hospital (por ejemplo, iniciativas estratégicas, transacciones importantes) y busca explicaciones para resultados para ellos.	3	4	4	4	2	4	3	4	2,75	0,25	0,0643796	0,0004841	0,0220013	12	0,25	0,0643796	0,0004841	0,0220013			
3.3. Se suministra información a los miembros de la dirección del hospital o del comité de forma suficiente y oportuna para permitir la supervisión de los objetivos y las estrategias de la dirección, la situación financiera y los resultados operativos de la entidad y las actividades.	3	3	3	3	2	4	4	4	2,88	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536	12	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536			
3.4. Se evalúa suficiente y oportunamente por parte de la dirección del hospital o del Comité de Control la información más sensible, las investigaciones y los hechos significativos e inusuales.	3	4	3	3	1	3	3	4	2,84	1,16	1,355313	0,0019603	0,0303471	12	0,04	0,0013323	1,047E-05	0,0023255			
3.5. La dirección del hospital supervisa y realiza el seguimiento necesario de las acciones que debían ser tomadas como consecuencia de sus conclusiones, incluyendo en su caso investigaciones especiales.	4	3	3	3	3	3	3	4	2,96	-0,20	0,040592	0,000953	0,017476	12	0,16	0,02456	0,000847	0,013589			
4 Atmósfera de confianza interna	3	3,25	3	3,25	2,25	3,25	3	3,75	2,95	0,16	0,02456	0,000847	0,013589	12	0,16	0,02456	0,000847	0,013589			
4.1. La dirección actúa con cuidado solamente después de analizar los riesgos y los beneficios potenciales de una operación que conlleva riesgos.	3	3	3	3	3	3	3	3	2,84	1,04	1,09571	0,0082072	0,0909336	12	-1,03	1,0609326	0,0078744	0,0892394			
4.2. Existe preocupación de la dirección hacia el proceso de datos y las funciones de contabilidad así como por la fiabilidad de la presentación de la información financiera y la adecuación de los activos.	3	4	3	3	1	4	3	4	2,96	-0,36	0,357251	0,007859	0,0847639	12	0,31	0,0591677	0,0007039	0,0263531			
4.3. Se celebran con frecuencia reuniones de la dirección con las diferentes áreas de la institución.	3	3	3	3	2	3	3	4	2,86	1,00	1,0075189	0,0007589	0,0263531	12	0,31	0,0591677	0,0007039	0,0263531			
4.4. Hay frecuente interacción entre la administración principal y operativa.	3	3	3	3	3	3	3	4	2,86	1,00	1,0075189	0,0007589	0,0263531	12	0,31	0,0591677	0,0007039	0,0263531			
5 Estructura Organizativa Funcional	3	3,25	3,75	3,5	2	3,5	3	3,75	2,94	0,31	0,0536177	0,0007309	0,0263531	12	0,31	0,0536177	0,0007309	0,0263531			
5.1. La estructura organizativa es apropiada y su capacidad de suministrar el apoyo necesario de información para gestionar sus actividades.	3	3	3	3	3	3	3	4	3,00	1,00	1,0075189	0,0007589	0,0263531	12	0,31	0,0536177	0,0007309	0,0263531			
5.2. Están definidas las responsabilidades de los principales directivos y de las expectativas respecto a las actividades de sus áreas de responsabilidad a través del concepto de delegación.	3	4	4	4	1	3	3	4	2,86	0,04	0,003323	1,047E-05	0,0023255	12	0,04	0,003323	1,047E-05	0,0023255			
5.3. Tienen los directivos los conocimientos y la experiencia adecuados para cubrir las responsabilidades asignadas.	3	3	4	4	2	4	3	4	3,05	0,95	0,3982513	0,0007538	0,0262193	12	0,95	0,3982513	0,0007538	0,0262193			
5.4. Disponen de suficientes trabajadores con capacidad de dirección y supervisión.	3	3	4	4	2	4	3	3	2,76	-0,17	0,578484	0,0043565	0,0603039	12	0,36	0,123337	0,0006648	0,0330607			
6 Asignación de autoridad y responsabilidad	3,5	3,5	3,25	3,5	1,75	3,5	3	4	2,96	-0,36	0,123337	0,0006648	0,0330607	12	0,12	0,0066483	0,000466	0,0213542			
6.1. La asignación de autoridad y responsabilidad y el establecimiento de políticas ofrecen una base para el seguimiento de las actividades y el sistema de control y establecen los papeles respectivos de las personas dentro del sistema.	4	3	3	4	2	3	3	4	2,75	-0,25	0,066483	0,000466	0,0213542	12	-0,25	0,066483	0,000466	0,0213542			
6.2. Se asigna responsabilidad y se delega autoridad para tratar objetivos organizativos, funciones operativas y requisitos de regulación, incluyendo la responsabilidad sobre los sistemas de información y autorizaciones para efectuar cambios.	3	4	3	3	2	4	3	4	2,87	-0,17	0,578484	0,0043565	0,0603039	12	0,17	0,0578484	0,0043565	0,0603039			
6.3. Las normas y los procedimientos relacionados con el control, incluyendo la descripción de funciones, son los idóneos para los directivos de departamentos o sus superiores.	3	3	3	3	1	4	3	4	2,94	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589	12	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589			
6.4. Existe correspondencia en la delegación de autoridad en relación con las responsabilidades asignadas.	4	4	4	4	2	3	3	4	2,87	0,13	0,0160949	0,00021	0,000006	12	0,13	0,0160949	0,00021	0,000006			
7 Políticas y prácticas en materia de recursos humanos	3,2	3,4	3,6	3,6	2,2	3,8	3,2	3,8	2,96	-0,24	0,0584829	0,0004396	0,0262959	12	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536			
7.1. Se han implementado las políticas y procedimientos para la contratación, formación y promoción de los trabajadores.	3	4	4	4	2	4	4	4	2,98	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536	12	-0,01	0,0002228	1,675E-06	0,0002942			
7.2. Se informan a los trabajadores de sus responsabilidades y de lo que se espera de ellos.	3	3	4	4	1	4	3	4	3,01	-0,24	0,0584829	0,0004396	0,0262959	12	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129			
7.3. Los procedimientos y prácticas relacionados con el control, incluyendo la descripción de funciones, son los idóneos para los directivos de departamentos o sus superiores.	3	3	3	3	2	3	3	3	2,78	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129	12	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129			
7.4. Las políticas de personal están orientadas a la observancia de las normas éticas y morales de la entidad.	4	4	4	4	3	4	3	4	3,28	0,72	0,540031	0,0003399	0,0627684	12	0,16	0,02456	0,000847	0,013589			
7.5. Son idóneos los criterios de selección de los trabajadores, de los criterios de promoción y de las técnicas para la recopilación de información en relación con el código de conducta u otras directrices de comportamiento.	3	3	3	3	3	4	3	4	2,84	0,00	0,0	0,0	0,0	12	0,17	0,0301049	0,0002284	0,005045			
EVALUACIÓN DE RIESGOS	3,5	3,75	3,5	3,5	1,5	3,25	3	4	2,83	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536	12	0,12	0,0042571	0,0007072	0,0093536			
8 Definición y comunicación de los objetivos de la entidad	4	4	4	4	3	4	3	4	2,78	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129	12	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129			
8.1. Los objetivos globales de la entidad proporcionan una descripción y orientación suficientemente amplias de las metas de la misma a su vez, además, lo bastante específicas respecto de la entidad en concreto.	4	4	4	4	3	4	3	4	2,78	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129	12	0,22	0,0501225	0,0003769	0,0194129			
8.2. Los objetivos globales se comunican con efectividad a los trabajadores y al consejo de administración.	3	4	4	4	0	3	3	4	2,91	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589	12	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589			
8.3. Existe relación y coherencia entre las estrategias y los objetivos globales.	3	4	3	3	2	3	3	4	2,88	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589	12	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589			
8.4. Se garantiza la coherencia de los planes de riesgos y los procedimientos internos con los planes estratégicos y operativos.	4	3	3	3	1	3	3	4	2,84	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589	12	0,16	0,0035643	2,88E-05	0,0007589			
9 Objetivos específicos para cada actividad	3,5	3,75	3,75	3	1,75	3,5	3	4	2,95	0,05	0,0032923	2,230E-05	0,0004635	12	0,08	0,0067387	5,67E-05	0,0007589			
9.1. Existen unidades de los objetivos específicos de cada actividad con los objetivos globales y los planes estratégicos.	3	4	4	4	2	4	3	4	2,92	0,08	0,0067387	5,67E-05	0,0007589	12	-0,01	0,568E-05	4,87E-07	0,0004635			
9.2. Existe coherencia en los objetivos específicos entre sí.	4	4	4	4	2	1	3	3	4	2,86	0,04	0,0022228	1,675E-06	0,0002942	12	-0,01	0,568E-05	4,87E-07	0,0004635		
9.3. Se han establecido los objetivos específicos para todos los procesos importantes de la entidad.	4	4	4	4	2	4	3	4	3,00	-0,00	0,0	0,0	0,0	12	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547			
9.4. Los recursos humanos, tecnológicos y financieros necesarios están disponibles para cumplir los objetivos.	4	4	4	4	2	4	3	4	3,00	-0,00	0,0	0,0	0,0	12	0,91	0,828951	0,0062324	0,0784559			
10 Identificación y evaluación de riesgos	4	3,333333	3,666667	3,666667	1,666667	3,333333	3	3,333333	2,90	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547	12	1,23	1,667886	0,0152323	0,19478			
10.1. Existen los mecanismos adecuados para identificar los riesgos dentro de la institución.	4	3	3	3	2	3	3	4	3,09	0,91	0,828951	0,0062324	0,0784559	12	1,23	1,667886	0,0152323	0,19478			
10.2. Se han identificado los riesgos relevantes para cada actividad.	4	3	4	4	1	3	3	4	2,71	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547	12	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547			
10.3. Se evalúa la importancia y probabilidad de ocurrencia de los riesgos, así como las medidas necesarias para abordarlos.	4	4	4	4	2	4	3	4	2,90	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547	12	1,10	1,234321	0,0001937	0,0095547			
11 Gestión y detección del cambio	3,5	4	4	4	2	4	3	4	2,86	1,16	1,355313	0,0019603	0,0303471	12	0,16	0,02456	0,000847	0,013589			
11.1. Existen los mecanismos para anticipar, identificar y reaccionar ante los acontecimientos o cambio rutinario que influyen en la consecución de los objetivos específicos o globales.	3	4	4	4	2	4	3	4	2,84	0,00	0,0	0,0	0,0	12	0,16	0,02456	0,000847	0,013589			
ACTIVIDADES DE CONTROL																					
12 Coordinación entre áreas	4	3,5	4	3,5	2	3,5	3	4	3,02	0,00	0,0										

20 Control del sistema de información	3	3	3	3	3	3,5	2	4	2,84	-0,84	0,711272	0,0053468	0,073122	
20.1. El sistema de información es flexible y susceptible de modificaciones rápidas que permitan hacer frente a necesidades cambiantes de la dirección en un entorno dinámico de operaciones y presentación de informes.	3	3	3	3	3	3	4	1	4	2,75	1,25	1,578423	0,011804	0,109723
20.2. El sistema opera y funciona todos los días de forma continua, a regimén y soporta las transacciones y eventos a medida que ocurren.	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2,84	-2,94	8,6453553	0,0650027	0,2549562
21 Acceso restringido a los recursos, activos y registros	3,3333333	3,6666667	3	3	3	3,3333333	3	4	2,80	0,20	0,039603	0,0002378	0,0172559	
21.1. Existen dispositivos de seguridad para restringir el acceso a los activos y registros.	4	4	3	3	3	3	3	4	2,94	0,06	0,0035643	2,68E-05	0,005768	
21.2. Existe un plan de prevención elaborado que ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que lo provocan o propician y las propuestas de medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2,74	0,26	0,6882223	0,0005129	0,0226484
21.3. Se planifica y se previene en casa una de las acciones, dentro del tiempo crítico momentos de ejecución de los ejecutivos y los directivos.	3	4	3	3	3	3	3	4	2,72	0,28	0,0762419	0,0005732	0,0239426	
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN										0,00	0	0	0	
22 Información	3,3333333	3	3	3,3333333	3	3,3333333	3	4	2,98	102	1,0452773	0,0079592	0,088523	
22.1. La información se identifica, recoge, procesa y presenta por medio de los sistemas de información.	3	3	3	4	3	3	3	4	2,94	106	1,123673	0,0084434	0,0918878	
22.2. Están creados los mecanismos para la obtención de la información externa e interna, que facilite a la dirección los informes necesarios sobre el rendimiento de la entidad en relación con los objetivos establecidos.	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2,96	104	1,091571	0,0082072	0,0905336
22.3. Se suministra la información a las personas adecuadas, con detalle suficiente y en el momento preciso, para permitirles cumplir con sus responsabilidades eficientemente.	4	3	3	3	3	4	3	4	3,04	0,96	0,3267854	0,0063682	0,0834755	
23 Comunicación	3,3333333	3,6666667	3,8333333	3,6666667	2,3333333	3,6666667	3	4	2,94	0,40	0,674234	0,001936	0,034404	
23.1. Se comunica con eficacia a los trabajadores las tareas y responsabilidades de control.	3	3	3	3	3	3	3	4	3,01	0,39	0,3651033	0,007407	0,0663639	
23.2. Están establecidos los canales de comunicación para que los trabajadores puedan informar sobre posibles irregularidades.	4	4	4	4	2	4	3	4	2,98	0,02	0,0005912	3,76E-06	0,0019413	
23.3. Existen los mecanismos para que la dirección obtenga las sugerencias de los trabajadores sobre como mejorar la productividad, la calidad o otro tipo de mejoras similares y las receptividad por parte de la dirección.	3	3	4	3	3	3	3	4	2,83	0,17	0,0294609	0,0002216	0,0146832	
23.4. Existe una comunicación adecuada entre todas las áreas de la entidad y de una información completa, puntual y suficiente que permita que las personas cumplan con sus responsabilidades eficientemente.	3	4	4	4	2	4	3	4	3,02	-0,02	0,0005012	3,76E-06	0,0019413	
23.5. Existe apertura y eficacia en los canales de comunicación con los pacientes, proveedores y otras personas externas para transmitir información sobre los cambios que se producen en las necesidades de los pacientes.	3	4	4	4	3	4	3	4	3,00	0,00	0	0	0	
23.6. Se revisan los procedimientos oportuno y apropiado por la dirección de las comunicaciones recibidas de pacientes, proveedores, etc.	4	4	4	4	1	4	3	4	2,78	1,22	1,4786725	0,011254	0,054768	
SUPERVISIÓN Y MONITOREO										0,00	0	0	0	
24 Supervisión continuada	3,5	3,5	3,8333333	3,6666667	2	3,6666667	2,3333333	4	2,94	-0,34	0,884813	0,0068478	0,0875342	
24.1. Se realiza la supervisión permanente de las actividades.	3	3	3	3	1	3	2	4	2,82	100	1,070378	0,0080329	0,033291	
24.2. El personal, en el desarrollo de sus actividades, percibe el funcionamiento del sistema de control interno.	4	4	4	4	2	4	3	4	3,02	0,98	0,9557251	0,0079594	0,0847687	
24.3. Se evalúa tanto el plan de comunicaciones recibidas de terceros como la información generada dentro de la organización.	4	3	4	3	2	4	3	4	2,90	1,10	1,2034417	0,0090484	0,0951233	
24.4. Se comparan periódicamente los importes registrados por el sistema de contabilidad con los activos materiales.	4	4	4	4	1	3	2	4	2,91	-2,31	8,4707062	0,0636895	0,2523878	
24.5. Se efectúan periódicamente las reconciliaciones de los depósitos internos y externos con el banco y con las cuentas de los socios.	3	4	4	4	2	4	2	4	3,03	-0,33	3,1795955	0,0636225	0,2627244	
24.6. Son efectivos las actividades de la Auditoría Interna.	3	3	4	4	4	4	2	4	2,86	-2,86	3,8335584	0,0646237	0,2478381	
25 Evaluaciones puntuales	3,3333333	3,3333333	3,3333333	3,6666667	2	3,3333333	3	4	2,82	-0,82	0,6897916	0,005036	0,070965	
25.1. Se fija el alcance y la frecuencia de las evaluaciones puntuales del sistema de control interno.	3	3	4	4	1	4	3	4	2,89	-2,89	7,2577989	0,0545699	0,233802	
25.2. Es válida y lógica la metodología para la supervisión del sistema de control interno.	4	3	3	3	3	3	3	4	2,87	0,13	0,0180441	0,0001357	0,016477	
25.3. El nivel de documentación disponible, entre las que se encuentran manuales de políticas, organizativas, metodológicas, procedimientos, instrucciones operativas, etc. es adecuado.	3	4	3	4	2	3	3	4	2,90	0,10	0,0109156	8,207E-05	0,009694	
26 Comunicación de las deficiencias de control interno	3,25	3,5	3	3	2,5	3,5	3	4	2,82	0,18	0,0307557	0,0002312	0,0152065	
26.1. Los informes de las deficiencias de control interno se comunican a las personas adecuadas y se comunican a las personas adecuadas.	3	4	3	3	2	4	3	4	2,90	0,10	0,0109156	8,207E-05	0,009694	

Crterios K

	Criterios de evaluación				
Alternativas	K1: Criterio de Costo	K2: Criterio de Oportunidad	K3: Criterio de Impacto	K4: Criterios Aceptación	
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información	5	3	3	3	
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	2	3	2	2	
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	5	4	5	5	
	4	3,33333333	3,33333333	3,33333333	
	1,73205081	0,57735027	1,52752523	1,52752523	
	Criterios de evaluación				
Alternativas	K1: Criterio del Costo	K2: Criterio de Oportunidad	K3: Criterio de Impacto	K4: Criterios Aceptación	
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información	2,69059892	-2,77350269	0,8178211	0,8178211	1,55273843
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	-0,30940108	-2,77350269	-0,1821789	-0,1821789	-3,44726157
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	2,69059892	-1,77350269	2,8178211	2,8178211	6,55273843
	K1: Criterio del Costo	K2: Criterio de Oportunidad	K3: Criterio de Impacto	K4: Criterios Aceptación	resultado
pesos d kn	0,33	0	0,5	0,5	
A1-. Diseñar indicadores de desempeño con un adecuados sistema de información	2,69059892	-2,77350269	0,8178211	0,8178211	1,70571874
A2-. Diseñar un manual para evaluación de riesgos	-0,30940108	-2,77350269	-0,1821789	-0,1821789	-0,28428126
A3-. Diseñar un plan de acción que permita tener la información de pacientes entre instituciones de salud	2,69059892	-1,77350269	2,8178211	2,8178211	3,70571874