



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y ADMINISTRATIVAS

CARRERA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

TEMA:

**IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL
HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO**

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
CONTADOR PÚBLICO
AUDITOR.

AUTOR:

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA

DIRECTOR:

ING. COM. OSWALDO GENARO PEÑA CORDERO

CUENCA – ECUADOR

2015



RESUMEN

El objetivo de esta tesis es proponer la implementación de herramientas de control interno en el hospital cantonal “Moreno Vásquez” de Gualaceo, que contribuirán a fortalecer y mejorar su sistema actual, teniendo como referencia las normas de control interno establecidas para el Sector Público.

Contar con un buen sistema de control interno es de vital importancia para las organizaciones, en especial al considerar los servicios, responsabilidades y compromisos sociales que tiene un hospital para con la comunidad, buscando optimizar el buen uso de los recursos públicos.

La principal metodología de investigación utilizada será la descriptiva y la aplicativa; finalizando con los resultados de propuestas que contribuirán al objetivo del presente trabajo de graduación.

PALABRAS CLAVE:

Hospital, Control interno, Objetivos, Herramientas de control, Recursos.



ABSTRACT

The objective of this thesis is to propose the implementation of internal control tools in the cantonal hospital "Moreno Vásquez" to Gualaceo, which help strengthen and improve the existing system, taking as reference the internal control standards established for the Public Sector.

Have a good system of internal control is vital for organizations, especially when considering services, social responsibilities and commitments that have a hospital to the community, seeking to optimize the good use of public resources.

The main research methodology will be descriptive and applicative; ending with the results of proposals that contribute to the objective of this graduate work.

KEYWORDS:

Hospital, Internal Control, Objectives, Control Tools, Resources.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
CLAUSA DE DERECHO DE AUTOR	8
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	9
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I	14
GENERALIDADES DEL HOSPITAL CANTONAL.....	14
“MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO	14
1.1 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL	15
1.1.1. Datos generales.....	15
1.1.2. Reseña histórica del hospital	15
1.1.3. Características del hospital	17
1.1.3.1 Número de camas disponibles	17
1.1.3.2 Información del personal	18
1.1.3.3 Principales proyectos y programas	18
1.2. FILOSOFÍA INSTITUCIONAL.....	20
1.2.1. Misión.....	20
1.2.2. Visión.....	20
1.2.3 Objetivos	20
1.2.3.1 Objetivos estratégicos.....	20
1.2.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.2.3.3 Objetivos operativos	21
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. ANTECEDENTES GENERALES DEL CONTROL INTERNO	24
2.2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO.....	25
2.3. IMPORTANCIA DEL CONTROL INTERNO.....	26
2.4. OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO.....	26
2.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE CONTROL INTERNO.....	27
2.6. TIPOS DE CONTROL	29



2.6.1. Según su ámbito de aplicación.....	29
2.6.2. Según su tiempo de ejecución	30
2.7. COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO.....	30
2.7.1. Ambiente de control	30
2.7.2. Evaluación de riesgos	32
2.7.3. Actividades de control.....	33
2.7.4. Información y comunicación	34
2.7.5. Seguimiento	35
2.8. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO	36
2.8.1. Cuestionario	36
2.8.2. Cuestionario narrativo	36
2.8.3. Diagrama de flujo	37
2.9. LIMITACIONES DEL CONTROL INTERNO.....	38
2.10. MANUALES ADMINISTRATIVOS	38
2.10.1. Concepto	38
2.10.2. Importancia	38
2.10.3. Objetivos	39
2.10.4. Tipos de manuales	39
2.10.5. Ventajas y limitaciones	41
2.10.6. Necesidad de su implementación	42
2.10.7. Estructura básica.....	42
CAPÍTULO III	43
CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL.....	43
3.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL.....	44
3.2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL.....	46
3.2.1 Proceso gobernante	47
3.2.1.1. Director general	47
3.2.2. Proceso agregador de valor	49
3.2.3. Proceso habilitante de apoyo	58
3.2.3.1. Admisiones.....	58
3.2.3.2. Recaudación de costos.....	60
3.2.3.3. Tecnologías de la información y comunicaciones (TIC)	60
3.2.3.4. Activos fijos y bodega.....	61
CAPÍTULO IV	64



IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL	64
4.1 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL.....	65
4.1.1 Evaluación al sistema de control interno del hospital	65
4.1.1.1 Ambiente de control	67
4.1.1.2 Evaluación de riesgos	69
4.1.1.3 Actividades de control.....	70
4.1.1.4 Información y comunicación.....	72
4.1.1.5Seguimiento	73
4.1.2 Informe de evaluación al sistema de control interno del hospital	74
4.2 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO	81
4.2.1 Propuesta de un plan de renovación y seguimiento de los compromisos del Código de Ética.....	84
4.2.1.1. Contenido.....	84
4.2.1.2. Cuadro de actividades.....	86
4.2.1.3. Seguimiento	87
4.2.1.4. Presupuesto	89
4.2.2. Propuesta de implementación de la metodología de análisis FODA.....	89
4.2.2.1. Metodología del Análisis FODA.....	90
4.2.2.2. Aplicación del análisis FODA al hospital:.....	92
4.2.3. Propuesta de un programa de inducción al personal nuevo	94
4.2.3.1. Contenido.....	94
4.2.3.2. Etapas de inducción	96
4.2.3.3. Formulario de seguimiento	99
4.2.3.4. Presupuesto	100
4.2.4. Propuesta de implementación de un manual de procedimientos	100
4.2.4.1. Contenido.....	101
4.2.4.2. Formatos	108
4.2.4.3 Procesos	113
4.2.4.4. Definiciones.....	160
4.2.5 Propuesta de desarrollo de un plan de capacitación al personal en el manejo de herramientas y programas informáticos básicos.....	163
4.2.5.1. Plan de capacitación.....	164
4.2.5.2. Presupuesto	166
4.2.6 Propuesta de desarrollo de un plan de socialización de la página Web del hospital	166



4.2.6.1. Contenido.....	167
4.2.6.2. Cuadro de actividades.....	169
4.2.6.3. Presupuesto	171
4.2.7 Propuesta de implementación de un mecanismo de seguimiento del personal amparado bajo el Código de Trabajo	171
4.2.7.1. Contenido.....	171
4.2.7.2. Cuadro de actividades.....	172
4.2.7.3. Formulario de seguimiento.....	173
CAPÍTULO V	178
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	178
5.1 CONCLUSIONES	179
5.2 RECOMENDACIONES.....	181
ANEXOS	182
ANEXO N° 1	183
ANEXO N° 2	202
ANEXO N° 3	214
ANEXO N° 4	236
GLOSARIO.....	267
BIBLIOGRAFÍA.....	273
DISEÑO DE TESIS	275



CLAUSA DE DERECHO DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA, autor/a de la tesis “IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL CANTONAL MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Contador Público Auditor. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a.

Cuenca, 08 de Abril del 2015.

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA.

C.I: 0104788807



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA, autor/a de la tesis “IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL CANTONAL MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 08 de Abril del 2015.

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA.

C.I: 0104788807



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la salud y a mi familia por el apoyo brindado para poder lograr esta meta personal muy importante en mi vida.

Al Hospital Cantonal “Moreno Vásquez de Gualaceo”, en especial a su Director y a todo el personal, por la gran apertura dada para poder llevar a cabo el desarrollo de esta tesis.

Al Ing. Genaro Peña por haber dirigido y asesorado esta tesis con compromiso y con su valiosa experiencia profesional.

A la Universidad de Cuenca por la ser la prestigiosa institución que me ha brindado la oportunidad de obtener una sólida formación profesional.

Finalmente a todos mis amigos y personas que colaboraron de una u otra manera con esta meta, de corazón, gracias.



DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios, ya que la gloria por siempre es suya, y a mi madre por ser una motivación en mi vida.



INTRODUCCIÓN

La presente tesis referente a la IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO fue desarrollada con aplicación práctica y teórica, en cumplimiento a las Normas de Control Interno dictadas por la Contraloría General del Estado, por tratarse de una institución pública con dependencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Partiendo de la importancia que tiene para las organizaciones el contar con un buen sistema de control interno, en especial considerando las funciones y responsabilidades sociales que tiene un hospital para con sus usuarios, este trabajo tiene como objetivo la implementación de herramientas de control interno que contribuyan a fortalecer su actual sistema.

En el primer capítulo se presenta una descripción básica del objeto de estudio, considerando información relevante como: una breve reseña histórica, características generales, su planificación estratégica que incluye misión, visión, objetivos institucionales y el marco jurídico al cual se rige el hospital.

En el segundo capítulo se procedió al establecimiento de un marco teórico sobre el control interno, donde se trató conceptos de aplicación dentro del Sector Público y también otros básicos relacionados con el tema.

En el tercer capítulo se revisa el organigrama estructural y funcional del hospital, para conocer los departamentos que lo conforman y la relación que existe entre ellos.

En el cuarto capítulo se realizó un diagnóstico del actual sistema de control interno del hospital, por medio de una evaluación del sistema e informe respectivo, y se acompaña de la propuesta de implementación de herramientas con el fin de contribuir a fortalecer y mejorar el sistema de control interno de la institución.



Finalmente, en el quinto capítulo se establecen las respectivas conclusiones y recomendaciones generales del trabajo realizado.



CAPÍTULO I

GENERALIDADES DEL HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO

1.1 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL

1.1.1. Datos generales

El Hospital Cantonal “Moreno Vásquez” es una dependencia del MSP. (Ministerio de Salud Pública), está ubicado en la provincia del Azuay dentro del cantón de Gualaceo. Su fecha de construcción se remonta a noviembre de 1975; actualmente se encuentra ubicado en la calle 9 de Octubre 11-68 y Abelardo J. Andrade.

Es un hospital que se encuentra categorizado dentro del nivel 2, es decir a más de la atención médica general y preventiva, también brinda servicio de hospitalización.



Descripción: Entrada principal del hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo.

Fuente: Diego Chimbo D.

1.1.2. Reseña histórica del hospital

A continuación, se presenta una breve reseña histórica de la institución:

El 9 de marzo de 1889, el Sr. Manuel Moreno Vásquez, ciudadano de Gualaceo, soltero de 70 años, hijo de los señores: José Moreno Vásquez y Juana Antonia Vásquez, realiza su testamento y entre otros legados



deja la suma de (20 mil pesos) para que se funde un hospital de caridad en el centro de Gualaceo; ordenando que se compre con ese dinero un terreno para la construcción del Hospital, bajo la dependencia de la Iglesia Católica.

La comunidad de religiosas dominicanas, se hace cargo de esta obra en el año de 1908, inicialmente existían paredes y el techo del primer pabellón sin acabados. Las religiosas dominicanas vienen con espíritu misionero para trabajar en este bello proyecto, primero en la construcción, adecuación, organización e implementación de todos los servicios, sin escatimar esfuerzos, con el fin de llegar al servicio de todos los enfermos y de todos cuantos requieran de su ayuda.

En el año de 1919 se inaugura el Hospital Moreno Vázquez, con seis pacientes hospitalizados. Las religiosas se encargaban de varias tareas, así la madre Victoria Navarro hacía de enfermera y boticaria, y gracias a su influencia y gestiones consigue una gran dotación de medicamentos enviados desde España y que fue de gran ayuda para los pacientes.

En la dictadura de Federico Páez y como prelado Diocesano Monseñor Manuel María Poli, se firma un convenio con el Gobierno Central, con el cual cede todos los bienes del hospital en los años 1936-1937, y el Gobierno se hace cargo de continuar con el mantenimiento total del hospital. Se empieza a recibir pacientes y es nombrado como primer médico el Dr. Ignacio Jaramillo, la comunidad nombra como Superiora a la Madre Clementina Flores Cordero, para el período de 1939-1944, y se continúa con su ayuda generosa de la Srta. Mercedes Vázquez Correa, quienes dan un gran impulso a la institución, que a esa fecha ya contaba con varias salas para hombres, mujeres, farmacia, curaciones, sala para niños, sala de operaciones y de partos.

El 28 de noviembre de 1975 el Hospital Moreno Vázquez pasa a funcionar en el edificio nuevo que el Gobierno hizo construir en el centro de Gualaceo, ubicado en las calles: 9 de octubre, Fidel Antonio Piedra y



Abelardo J. Andrade, con una capacidad para 25 camas y todos los demás servicios necesarios para su funcionamiento. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014).

1.1.3. Características del hospital

El hospital posee una población de cobertura de 54.324 habitantes y tiene una dotación normal de 25 camas. Se realizan a más de las actividades curativas, las preventivas, enmarcadas dentro del nivel secundario de salud como hospital; y a nivel de unidades operativas como nivel primario, existe buena coordinación interinstitucional respecto de la relación con la Presidencia de la Mesa de Concertación de Salud dentro del Plan Estratégico de Desarrollo Cantonal, que lleva a cabo la Ilustre Municipalidad del Cantón, así como también la presidencia del Comité Ejecutivo del Consejo Cantonal de Salud.

El Hospital tiene una capacidad resolutive alta, contando actualmente con personal calificado y con especialidades médicas en: pediatría, cirugía, ginecología y clínica, brindando servicios con una atención de calidad al usuario. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.1.3.1 Número de camas disponibles

El hospital posee la siguiente distribución de camas:

Dotado de 25 camas: 9 Clínica, 6 Cirugía, 5 Ginecología, 5 Pediatría.

En el área de hospitalización cuenta con su respectiva estación de enfermería, un cuarto para preparación de medicación, un cuarto para ropería y un cuarto para utensilios médicos, además está distribuido en 8 salas; una sala de pediatría, una sala de ginecología, una sala de recuperación, una sala de aislamiento y una sala de cuidados intermedios para los pacientes. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)



1.1.3.2 Información del personal

Dentro del hospital labora un total de 100 personas:

Personal que labora en el hospital; 16 servidores de carrera, 42 trabajadores de contrato colectivo, 3 empleados con contratos eventuales, 4 devengantes de beca, 6 médicos rurales, 4 internos de medicina rotativos, 8 internas de enfermería rotativas tanto en hospitalización como en consulta externa, 3 enfermeras rurales, 4 enfermeras contratadas, 4 odontólogos, 1 médico contratado, 1 psicólogo, 1 trabajadora social, 1 nutricionista, 1 interno de nutrición, 1 interno de psicología. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.1.3.3 Principales proyectos y programas

Dentro de sus actividades, el Hospital lleva a cabo una serie de programas, se detalla a continuación los principales:

PAI.- (Programa Amplio de Inmunizaciones) que tiene por objetivo disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas en la población objeto.

Programa de Maternidad Gratuita.- Su objetivo es la atención de mujeres embarazadas durante el preparto, parto, postparto.

Programa contra la tuberculosis.- Brinda atención gratuita a pacientes con tuberculosis.

Adulto Mayor.- Club de Diabéticos e Hipertensos del Hospital Moreno Vázquez.

Programa EBAS.- (Equipo básico de atención de salud) este modelo de atención establece que los equipos de salud visitaron a los pacientes en su domicilio a través de los EBAS o equipos básicos de atención de salud que se



conforman con un médico, un odontólogo, y una enfermera. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)



1.2. FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

1.2.1. Misión

La misión del hospital es garantizar la atención gratuita y de calidad a la población del área de influencia y programática, a través de un modelo prestacional de cuidado progresivo y organizado en función de la satisfacción del usuario, articulado de forma horizontal y vertical con los servicios básicos de salud: clínica, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y también de urología, imagenología, laboratorio, Rx, y tomografía, tratando de aumentar la eficiencia que promueva la satisfacción del usuario interno y externo. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.2.2. Visión

Brindar atención de calidad a la población de las unidades hospitalarias de forma integral e integrada, con un enfoque intercultural, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, acorde con el segundo nivel, contando con tecnología de avanzada, refiriendo en casos extremos a unidades de mayor complejidad en el tercer nivel.

Cuenta con un presupuesto financiado por el Estado, acorde a las necesidades y análisis de costos de efectividad. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.2.3 Objetivos

El hospital dentro de su planificación estratégica, cuenta con los siguientes objetivos:

1.2.3.1 Objetivos estratégicos

Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención de la consulta externa del Hospital Cantonal de Gualaceo, en la cual el 50% de los usuarios no esperarán



más de una hora para ser atendidos. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.2.3.2 Objetivos específicos

- Garantizar el cumplimiento del horario de atención por parte del personal que da el servicio a nivel de consulta externa.
- Disminuir el tiempo de llenado del registro único por parte del personal del departamento de Estadística del hospital.
- Entregar los resultados de laboratorio el mismo día del pedido, a excepción de exámenes especiales que requieren más tiempo.
- Asignar los recursos necesarios en el servicio de emergencia.
- Hacer cumplir el estándar de calidad (cuatro consultas por hora), para mejorar la satisfacción del usuario. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.2.3.3 Objetivos operativos

- El personal médico que atiende en la consulta externa, no más de una hora de ausencia acumulada durante la semana de trabajo.
- El personal de estadística en el llenado de los registros no podrá demorarse más de 10 minutos por usuario.
- Los resultados de laboratorio en el 90% de los casos será entregado en el mismo día de realizados.
- Se contratará el personal indispensable para la atención exclusiva de la emergencia.
- La entrega de los turnos, será hasta completar el estándar de calidad (4 consultas por hora). (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

1.3. MARCO LEGAL

El hospital está sujeto a un marco jurídico, donde se destaca la siguiente normativa:

1.3.1 Disposiciones legales



- Constitución de la República del Ecuador.
- Disposiciones de la Contraloría General del Estado.
- Ley de Derecho y Amparo al Paciente.
- Ley de fomento apoyo y protección a la lactancia materna.
- Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.
- Ley de prevención, protección y atención integral.
- Ley de producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano.
- Ley Orgánica de Salud.
- Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública. (LOTAIP)
- Plan Nacional del Buen Vivir.
- Código de Ética del Ministerio de Salud Pública.
- Ley Orgánica de Servicio Público. (LOSEP.)
- Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno. (LORTI.)
- Código de Trabajo.
- Reglamento General de la Ley Orgánica de Servicio Público.
- Reglamento a la Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno.
- Normas de Control Interno de la Contraloría General del Estado.
- Acuerdo Ministerial 1537 del MSP. (Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de hospitales.)
- Otras normas relacionadas.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO



2.1. ANTECEDENTES GENERALES DEL CONTROL INTERNO

Históricamente el control interno parte de la necesidad de implementar sistemas y procedimientos que permitan disminuir la presencia de fraudes o errores dentro de las organizaciones. Es así que en 1985, con el afán de crear un marco regulatorio en vista de la proliferación de fraudes, se creó la Comisión Nacional para la emisión de Informes Fraudulentos (“TREADWAY COMMISSION” -NATIONAL COMMISSION ON FRAUDULENT FINANCIAL REPORTING-) y en 1987 se delegó con la misión de la creación de un marco conceptual común al Comité de Organizaciones Patrocinadoras **COSO** “Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión de Normas” (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION). Grupo que estaba constituido por representantes de las siguientes organizaciones:

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

En 1992 fue publicado el primer Informe COSO I, cuya redacción fue encomendada a Coopers & Lybrand.

En el ámbito público en el año 1992, la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores INTOSAI fue la que aprobó la guía para las normas que regirían al Sector Público. En el caso de Ecuador, en el año 2002, la Contraloría General del Estado emitió las Normas de Control Interno, las que se han alineado al cumplimiento de dichos objetivos y han sufrido hasta la actualidad cambios conforme a las necesidades y avances del ordenamiento jurídico del Ecuador.

Posteriormente en 2004, se emitió el informe COSO II o ERM (Enterprise Risk Management) es decir la “Administración de riesgos”, buscando manejar de



manera efectiva los riesgos y ampliando a ocho los componentes: Ambiente interno, Establecimiento de objetivos, Identificación de eventos, Evaluación de riesgos, Respuesta al riesgo, Actividades de control, Información y Comunicación y Monitoreo.

Su última modificación fue en 2013, modelo en el que se simplificó nuevamente a cinco componentes: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación, Supervisión y Monitoreo.

2.2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO

Definición de control interno, según el Informe COSO:

“El control interno es un proceso llevado a cabo por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos relacionados con las operaciones, la información y el cumplimiento.” (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATION OF THE TREADWAY COMMISSION, 2013)

Aspectos fundamentales del control interno:

- Abarca tres categorías referentes a operatividad, información y cumplimiento.
- Es un proceso que se debe considerar como un medio, mas no como un fin.
- La parte fundamental, la cumplen las personas que son encargadas de su funcionamiento, no solo se puede basar en manuales o procedimientos.
- Proporciona seguridad razonable no absoluta.
- Es flexible y por ende adaptable a cualquier organización.

Dentro del marco legal para el Sector Público la Contraloría General del Estado en su normativa, lo define como:

El control interno es un proceso integral aplicado por la máxima autoridad, la dirección y el personal de cada entidad, que proporciona seguridad



razonable para el logro de los objetivos institucionales y la protección de los recursos públicos. Constituyen componentes del control interno el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, los sistemas de información y comunicación y el seguimiento. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

Es importante tomar en cuenta que la responsabilidad del control interno recae sobre la alta dirección, tanto en su diseño, implementación y evaluación, sustentándose en la normativa vigente, considerando también la importancia de la participación de todo el personal en el desarrollo y desempeño del mismo; así como la obligación de rendición de cuentas por parte de la máxima autoridad y del resto de servidores en los periodos y en las maneras determinadas en la normativa, con el fin de informar sobre el cumplimiento de los objetivos planificados y transparentar así su gestión en el manejo óptimo de los fondos y recursos.

2.3. IMPORTANCIA DEL CONTROL INTERNO

En toda organización es necesario un control para medir el logro de los objetivos, considerando que es una tarea que se realiza para verificar que todo marcha en orden acorde a lo planificado y con un adecuado uso de los fondos y recursos.

Con un óptimo control se pueden disminuir los principales problemas que existen por lo general en toda administración, ya que su aplicación proporciona un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos con cumplimiento a la eficacia, eficiencia y economía; a más de que permite generar una adecuada y oportuna información, lo que contribuye a la toma de decisiones oportuna, siempre en apego a un marco jurídico vigente.

2.4. OBJETIVOS DEL CONTROL INTERNO

Según las Normas de Control Interno dictaminadas por la Contraloría General del Estado, son los siguientes:



- Promover la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones bajo principios éticos y de transparencia.
- Garantizar la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información.
- Cumplir con las disposiciones legales y la normativa de la entidad para otorgar bienes y servicios públicos de calidad.
- Proteger y conservar el patrimonio público contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

2.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE CONTROL INTERNO

El Marco del Informe COSO establece un total de 17 principios, que son aplicables al logro de objetivos operativos en: eficacia, eficiencia y economía; de información en: integridad y confiabilidad; y finalmente al cumplimiento del marco legal. Principios que sirven de fundamentos para cada uno de los componentes del control interno.

A continuación se enumeran los principios que soportan los componentes del control interno, según el informe COSO:

1. La organización demuestra compromiso con la integridad y los valores éticos.
2. El consejo de administración demuestra independencia de la dirección y ejerce la supervisión del desempeño del sistema de control interno.
3. La dirección establece, con la supervisión del consejo, las estructuras, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad apropiados para la consecución de los objetivos.
4. La organización demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, en alineación con los objetivos de la organización.
5. La organización define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.
6. La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.



7. La organización identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la entidad y los analiza como base sobre la cual determina como se debe gestionar.
8. La organización considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.
9. La organización identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno.
10. La organización define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos.
11. La organización define y desarrolla actividades de control a nivel de entidad sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos.
12. La organización despliega las actividades de control a través de políticas que establecen las líneas generales de control interno y procedimientos que llevan dichas políticas a la práctica.
13. La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.
14. La organización comunica la información internamente, incluidos los objetivos y responsabilidades que son necesarios para apoyar el funcionamiento del sistema de control interno.
15. La organización se comunica con los grupos de interés externos sobre los aspectos clave que afectan al funcionamiento del control interno.
16. La organización selecciona, desarrolla y realiza evaluación continua y/o independiente para determinar si los componentes del sistema de control interno están presentes y en funcionamiento.
17. La organización evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas, incluyendo la alta dirección y el consejo, según corresponda. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATION OF THE TREADWAY COMMISSION, 2013)



2.6. TIPOS DE CONTROL

2.6.1. Según su ámbito de aplicación

Según su ámbito de aplicación, se clasifican en:

➤ **Control administrativo**

El control interno administrativo tiene directa relación con la eficiencia operativa y se basa en controles generales que se aplican para toda la organización.

➤ **Control contable**

El control interno contable se centra en la salvaguarda de los activos y en lo que respecta a la confiabilidad de la información contable, se plantean como controles específicos para la respectiva área de la organización.

2.6.2. Según su tiempo de ejecución

Por su tiempo de ejecución, se clasifican en:

➤ **Control previo**

Son controles de carácter interno, por lo tanto de responsabilidad del personal asignado según sus funciones y consisten en el conjunto de medidas y procedimientos que se llevan a cabo antes de la ejecución o autorización de las operaciones, respecto de su legalidad, veracidad, oportunidad y conformidad con la planificación y presupuesto.

➤ **Control continuo**

El personal de cada institución verificará continuamente en el momento de la ejecución de los procedimientos u operaciones, tanto la oportunidad, calidad y cantidad de los bienes y servicios de conformidad a los estándares y dentro de los términos establecidos en la normativa.

➤ **Control posterior**

Las respectivas unidades de auditoría interna serán las encargadas y responsables de este tipo de control, el que se lleva a cabo de forma posterior a la ejecución de los procesos a ser supervisados.

2.7. COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO

Según las Normas de Control Interno dictaminadas por la Contraloría General del Estado, son los siguientes:

2.7.1. Ambiente de control

El ambiente o entorno de control es el conjunto de circunstancias y conductas que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno. Es fundamentalmente la consecuencia de la actitud asumida por la alta dirección y por el resto de las servidoras y servidores, con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las

actividades y resultados. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

A su vez, el ambiente de control está conformado por los siguientes subcomponentes:

➤ **Integridad y valores éticos**

La integridad y los valores éticos son elementos esenciales del ambiente de control, la administración y el monitoreo de los otros componentes del control interno.

➤ **Administración estratégica**

Las entidades del Sector Público y las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos, implantarán, pondrán en funcionamiento y actualizarán el sistema de planificación, así como el establecimiento de indicadores de gestión que permitan evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficiencia de la gestión institucional, todo con el fin de lograr una óptima administración estratégica.

➤ **Políticas y prácticas de talento humano**

El control interno incluirá las políticas y prácticas necesarias para asegurar una apropiada planificación y administración del talento humano de la institución, de manera que se garantice el desarrollo profesional y asegure la transparencia, eficacia y vocación de servicio.

➤ **Estructura organizativa**

La máxima autoridad debe crear una estructura organizativa que atienda el cumplimiento de su misión y apoye efectivamente el logro de los objetivos organizacionales, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes.

➤ **Competencia Profesional**



La máxima autoridad y los directivos de cada entidad pública reconocerán como elemento esencial, las competencias profesionales de las servidoras y servidores, acordes con las funciones y responsabilidades asignadas.

➤ **Coordinación de acciones organizacionales**

La máxima autoridad de cada entidad, en coordinación con los directivos, establecerá las medidas propicias, a fin de que cada una de las servidoras y servidores acepte la responsabilidad que les compete.

➤ **Unidad de Auditoría Interna**

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y asesoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización; evalúa el sistema de control interno, los procesos administrativos, técnicos, ambientales, financieros, legales, operativos, estratégicos y gestión de riesgos. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

2.7.2. Evaluación de riesgos

“La máxima autoridad establecerá los mecanismos necesarios para identificar, analizar y tratar los riesgos a los que está expuesta la organización para el logro de sus objetivos.” (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

A su vez, el mencionado componente está conformado por los siguientes subcomponentes que se presentan a continuación:

➤ **Identificación de riesgos**

Los directivos de la entidad identificarán los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales debido a factores internos o externos, así como emprenderán las medidas pertinentes para afrontar exitosamente tales riesgos.



➤ **Plan de mitigación de riesgos**

Los directivos de las entidades del Sector Público y las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos, realizarán el plan de mitigación de riesgos desarrollando y documentando una estrategia clara, organizada e interactiva para identificar y valorar los riesgos que puedan impactar en la entidad impidiendo el logro de sus objetivos

➤ **Valoración de los riesgos**

La valoración del riesgo estará ligada a obtener la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, este análisis le permitirá a las servidoras y servidores reflexionar sobre cómo los riesgos pueden afectar el logro de sus objetivos, realizando un estudio detallado.

➤ **Respuesta al riesgo**

Los directivos de la entidad identificarán las opciones de respuestas al riesgo, considerando la probabilidad y el impacto en relación con la tolerancia al riesgo y su relación costo/beneficio. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

2.7.3. Actividades de control

La máxima autoridad de la entidad y las servidoras y servidores responsables del control interno de acuerdo a sus competencias, establecerán políticas y procedimientos para manejar los riesgos en la consecución de los objetivos institucionales, proteger y conservar los activos y establecer los controles de acceso a los sistemas de información. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

A su vez el mencionado componente está conformado, por los siguientes subcomponentes:

➤ **Separación de funciones y rotación de labores**



La máxima autoridad y los directivos de cada entidad tendrán cuidado al definir las funciones de sus servidoras y servidores y de procurar la rotación de las tareas, de manera que exista independencia, separación de funciones incompatibles y reducción del riesgo de errores o acciones irregulares.

➤ **Autorización y aprobación de transacciones y operaciones**

La máxima autoridad, establecerá por escrito o por medio de sistemas electrónicos, procedimientos de autorización que aseguren la ejecución de los procesos y el control de las operaciones administrativas y financieras, a fin de garantizar que sólo se efectúen operaciones y actos administrativos válidos.

➤ **Supervisión**

Los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones, para asegurar que cumplan con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales, sin perjuicio del seguimiento posterior del control interno. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

2.7.4. Información y comunicación

“La máxima autoridad y los directivos de la entidad, deben identificar, capturar y comunicar información pertinente y con la oportunidad que facilite a las servidoras y servidores cumplir sus responsabilidades.” (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

A su vez el mencionado componente está conformado, por los siguientes subcomponentes que se presentan a continuación:

➤ **Controles sobre sistemas de información**

Los sistemas de información contarán con controles adecuados para garantizar confiabilidad, seguridad y una clara administración de los niveles de acceso a la información y datos sensibles.

➤ **Canales de comunicación abiertos**

Se establecerán canales de comunicación abiertos, que permitan trasladar la información de manera segura, correcta y oportuna a los destinatarios dentro y fuera de la institución. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

2.7.5. Seguimiento

“La máxima autoridad y los directivos de la entidad, establecerán procedimientos de seguimiento continuo, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas para asegurar la eficacia del sistema de control interno.” (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)

A su vez el mencionado componente está conformado, por los siguientes subcomponentes que se presentan a continuación:

➤ **Seguimiento continuo o en operación**

La máxima autoridad, los niveles directivos y de jefatura de la entidad, efectuarán un seguimiento constante del ambiente interno y externo que les permita conocer y aplicar medidas oportunas sobre condiciones reales o potenciales que afecten el desarrollo de las actividades institucionales, la ejecución de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos.

➤ **Evaluaciones periódicas**

La máxima autoridad y las servidoras y servidores que participan en la conducción de las labores de la institución, promoverán y establecerán una autoevaluación periódica de la gestión y el control interno de la entidad, sobre la base de los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual desviación que ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos institucionales. (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2009)



2.8. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

A continuación se describen tres métodos de los más usuales dentro del proceso de evaluación al control interno, tomando como referencia a (BARLEY, 1998) y precisando que no son los únicos existentes.

2.8.1. Cuestionario

Este método de evaluación consiste en la formulación de una serie de preguntas, las que deben ser contestadas por el personal responsable en las diferentes áreas de la organización, donde se realiza su aplicación.

Las preguntas serán formuladas de tal forma, que una respuesta afirmativa sea un indicativo de cumplimiento y una respuesta negativa sea un indicativo de una debilidad y así en base a estos resultados establecer un nivel de confianza. En caso de requerirse se puede complementar las respuestas con observaciones o aclaraciones en una columna diferente, señalando como aspecto importante que se debe validar las respuestas con las respectivas evidencias probatorias.

Ventajas:

- Consiste en una guía práctica para evaluar áreas de riesgo.
- Su bajo costo.
- Permite la sistematización en el trabajo de evaluación.
- Rápida detección de áreas críticas.

Desventajas:

- Se puede pasar por inadvertidas ciertas deficiencias
- Limita la inclusión de ciertas preguntas.
- No permite una visión en conjunto.
- Su aplicación podría generar malestar en la organización.

2.8.2. Cuestionario narrativo

Este método de evaluación consiste en una descripción detallada de los procedimientos y características de los componentes o sistemas evaluados,



permitiendo obtener una visión clara por ejemplo de: responsables, funciones, procedimientos, registros y archivos que intervienen para su desarrollo.

Ventajas:

- Es recomendada para pequeñas entidades.
- Es de fácil aplicación.
- Permite flexibilidad en su aplicación.
- Se basa en observación directa.

Desventajas:

- Depende de la capacidad de expresión de las personas que intervienen.
- No permite una visión en conjunto.
- Se podrían emplear palabras incorrectas.
- Su aplicación no es viable en entidades grandes.

2.8.3. Diagrama de flujo

Este método consiste en describir gráficamente las actividades que se realizan entre los diferentes departamentos para poder cumplir un proceso específico, obteniendo un conocimiento sobre los responsables, el flujo de información y documentos que se generan durante el desarrollo del mismo.

Ventajas:

- Permite obtener una visión global del área de evaluación.
- Evalúa a través de una secuencia lógica y ordenada.
- Permite identificar puntos críticos dentro de los procesos.
- Facilita la formulación de recomendación a la administración.

Desventajas:

- La necesidad de amplios conocimientos sobre control interno.
- Se requiere entrenamiento para el uso de la simbología.
- Es uno de los métodos de evaluación más costoso.



2.9. LIMITACIONES DEL CONTROL INTERNO

Se considera que el control interno proporciona únicamente una seguridad razonable, mas no absoluta, todo esto en vista de que gran parte de su éxito radica en el buen criterio profesional, la correcta toma de decisiones y el hecho de que podrían influir acontecimientos externos negativos en el logro de los objetivos perseguidos.

El Informe COSO, enumera las siguientes limitantes:

- La falta de adecuación de los objetivos establecidos como condición previa para el control interno.
- El criterio profesional de las personas en la toma de decisiones puede ser erróneo y estar sujeto a sesgos.
- Fallos humanos, como puede ser la comisión de un simple error.
- La capacidad de la dirección de anular el control interno.
- La capacidad de la dirección y demás miembros del personal y/o de terceros, para eludir los controles mediante convivencia entre ellos.
- Acontecimientos externos que escapan al control de la organización. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATION OF THE TREADWAY COMMISSION, 2013)

2.10. MANUALES ADMINISTRATIVOS

2.10.1. Concepto

Los manuales son instrumentos administrativos que contienen de manera formal, sistemática y ordenada la información de una organización, y están alineados a un marco de referencia de los objetivos que se pretende alcanzar y están adaptados a las necesidades propias de cada organización.

2.10.2. Importancia

Son importantes ya que permiten explicar de forma detallada los procedimientos que se llevan a cabo dentro de una organización y se logra a través de ellos formalizar los procesos, evitar la duplicidad de funciones, a más



de familiarizar al personal ingresante con el ambiente organizacional que se vive dentro de la institución.

2.10.3. Objetivos

A continuación entre los principales objetivos, se enumeran los siguientes:

- Proporcionar una visión de conjunto de la organización y agilizar así su estudio.
- Determinar las funciones de cada unidad administrativa, para así definir responsabilidades, evitar duplicaciones de funciones y detectar errores en los procedimientos.
- Ayudar en la correcta realización de las labores encomendadas al personal y así propiciar la estandarización del desempeño de operaciones.
- Facilitar el proceso de inducción al personal nuevo.
- Determinar claramente el grado de autoridad y responsabilidad, en concordancia a las jerarquías dentro de la organización.
- Promover el uso óptimo de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.
- Servir como instrumento de orientación e información a los proveedores de bienes, prestadores de servicios y usuarios o clientes, con los que mantiene relación la organización. (GOMEZ, 1994)

2.10.4. Tipos de manuales

Entre los tipos de manuales más utilizados, tenemos los siguientes:

- **Manual de organización**

Este tipo de manual constituye la versión detallada de manera escrita de la organización formal, a través de un contenido de información referente a los antecedentes, objetivos, estructura orgánica, funciones, niveles jerárquicos, grados de autoridad y responsabilidad, así como los canales de comunicación y marco jurídico de una organización.

- **Manual de política**

Consisten en la descripción detallada de los lineamientos o referencias a ser seguidos por los directivos, para la toma de decisiones, facilitando la descentralización al suministrar a los niveles intermedios los referentes claros a ser seguidos dentro de una organización.

➤ **Manual de normas y procedimientos**

Consiste en la descripción analítica de los procedimientos administrativos u operativos, a través de los cuales se canaliza la actividad de la organización como la enunciación de normas y reglas de funcionamiento, a las cuales se deben ajustar los integrantes de la misma.

➤ **Manual para especialistas**

Consiste en un manual que agrupa normas, políticas e instrucciones de aplicación, en forma específica a un determinado tipo de actividades o procesos, como por ejemplo: el manual de atención al usuario.

➤ **Manual del empleado**

Su objetivo es lograr una rápida inducción del personal nuevo, así como también facilitar su posterior entrenamiento, este manual es especialmente utilizado para niveles intermedios u operativos.

➤ **Manual de contenido múltiple**

Un manual puede contener material de diferente tipo y en su mayoría los manuales parecen estar diseñados de manera intencional para cubrir varios fines.

➤ **Manuales de finanzas**

Consiste en el conjunto de instrucciones y especificaciones dirigidas a todos aquellos encargados de la parte financiera, para asegurar la comprensión de sus funciones y deberes específicos, dentro de la organización.

➤ **Manuales del sistema**



El manual del sistema debe ser desarrollado e implementado a medida que se generan los cambios dentro de la organización y está constituido por un grupo de manuales o partes de ellos.

➤ **Manual de calidad**

Se define a un manual de calidad, como aquel que enuncia las políticas y estándares de calidad requeridos dentro de una organización. Este tipo de manual puede estar relacionado con las actividades totales o parciales. (GOMEZ, 1994)

2.10.5. Ventajas y limitaciones

Se presenta las principales ventajas y limitaciones del uso de los manuales administrativos:

Ventajas:

- Constituye una fuente permanente de información sobre la organización.
- Son una herramienta de apoyo en el proceso de inducción al personal nuevo.
- Fortalece el plan administrativo de la organización.
- Logra establecer la responsabilidad de cada puesto en relación al grado jerárquico que ocupa dentro de la organización. (GOMEZ, 1994)

Limitaciones:

- No son una solución definitiva, pero constituyen una importante herramienta dentro de la administración.
- Requieren continuas actualizaciones para evitar perder validez.
- No incluyen aspectos ni relaciones informales, que se presentan dentro de la organización.
- Depende del tamaño de la organización.
- Genera temor de que se produzca rigidez dentro de los procesos. (GOMEZ, 1994)



2.10.6. Necesidad de su implementación

Se requiere la implementación de un manual, cuando se presentan algunas de las siguientes circunstancias:

- Existe personal desempeñando actividades similares.
- Se presenta alta rotación de personal en la organización.
- Trabajos muy especializados y no repetitivos.
- Amplios flujos de información, entre unidades administrativas o funcionales. (GOMEZ, 1994)

2.10.7. Estructura básica

Las partes principales de un manual administrativo, generalmente son las siguientes:

- Tabla de contenido del manual
- Introducción
- Cuerpo del manual
- Diagrama de flujo
- Glosario de términos
- Anexos



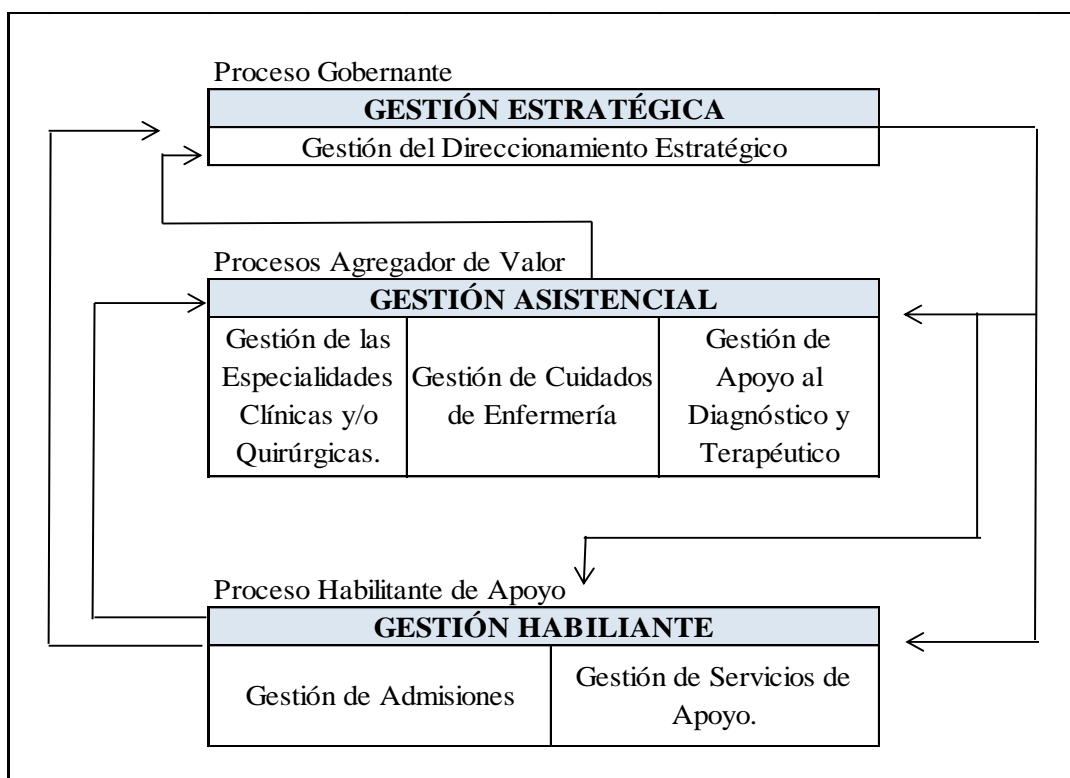
CAPÍTULO III

CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL HOSPITAL

El hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo desde el 13 de noviembre del 2013, a través del Acuerdo Ministerial 4520, se constituyó en una unidad operativa de la Dirección Distrital 01D04. Chordeleg-Gualaceo-Salud, como parte de los procesos de desconcentración del MSP. y encontrándose actualmente en formalización.

A continuación se presenta su gestión por procesos:

Gestión de procesos



Elaborado: Diego Chimbo D.

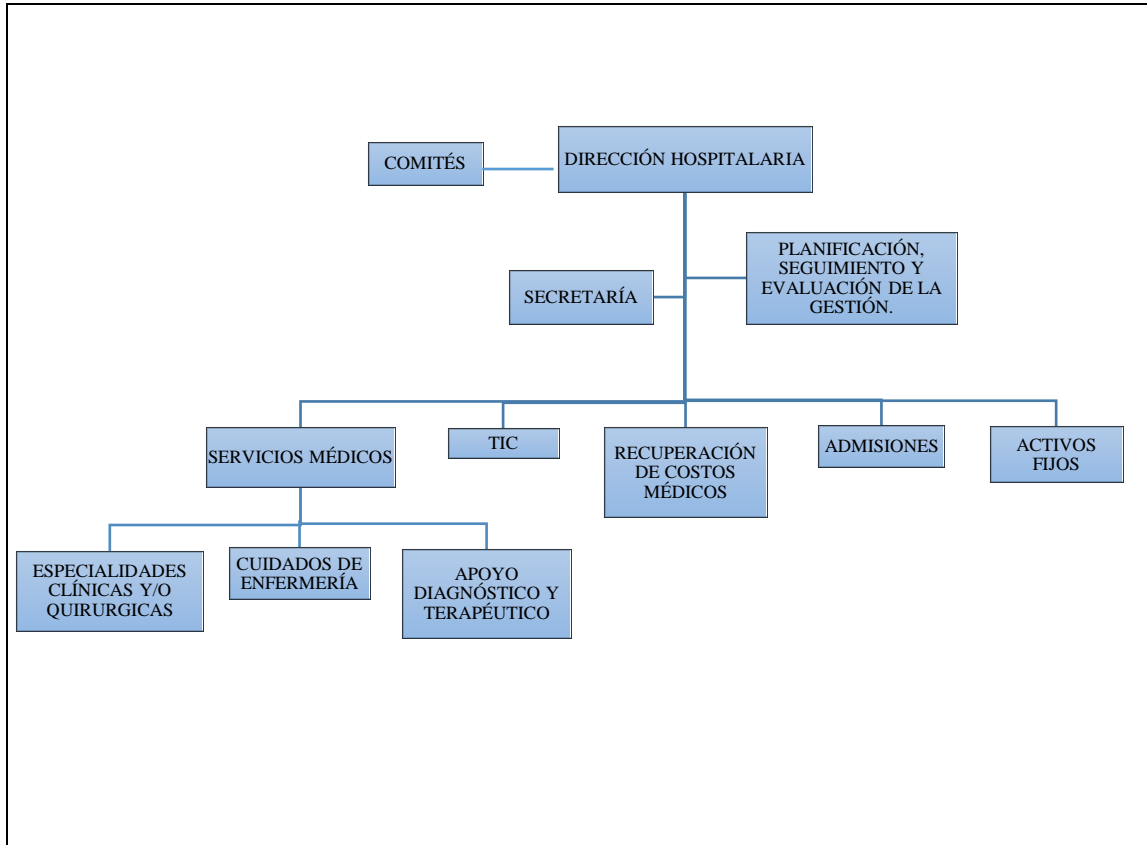
Fuente: Hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo.

3.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

A continuación se presenta el organigrama estructural de la institución con su representación gráfica, así como los servicios con los que actualmente cuenta, todo en base a la recolección de información del hospital y la debida

vinculación al acuerdo ministerial 1537 para la estructuración organizacional de hospitales públicos.

Organigrama del Hospital Cantonal “Moreno Vásquez” de Gualaceo



Elaborado: Diego Chimbo D.

Fuente: Hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo.

Servicios del hospital

<table border="1"> <tr><td>ESPECIALIDADES CLÍNICAS</td></tr> <tr><td>Medicina Interna</td></tr> <tr><td>Pediatría</td></tr> <tr><td>ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS</td></tr> <tr><td>Cirugía</td></tr> <tr><td>ESPECIALIDADES CLÍNICO/QUIRÚRGICAS</td></tr> <tr><td>Ginecología</td></tr> </table>	ESPECIALIDADES CLÍNICAS	Medicina Interna	Pediatría	ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	Cirugía	ESPECIALIDADES CLÍNICO/QUIRÚRGICAS	Ginecología	<table border="1"> <tr><td>SERVICIOS MÉDICOS</td></tr> <tr><td>Emergencia</td></tr> <tr><td>Hospitalización</td></tr> <tr><td>Odontología</td></tr> <tr><td>Consulta Externa</td></tr> <tr><td>Psicología Clínica</td></tr> </table>	SERVICIOS MÉDICOS	Emergencia	Hospitalización	Odontología	Consulta Externa	Psicología Clínica
ESPECIALIDADES CLÍNICAS														
Medicina Interna														
Pediatría														
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS														
Cirugía														
ESPECIALIDADES CLÍNICO/QUIRÚRGICAS														
Ginecología														
SERVICIOS MÉDICOS														
Emergencia														
Hospitalización														
Odontología														
Consulta Externa														
Psicología Clínica														
<table border="1"> <tr><td>APOYO DIAGNÓSTICO</td></tr> <tr><td>Ecografía</td></tr> <tr><td>Rayos X</td></tr> <tr><td>Laboratorio</td></tr> <tr><td>Tomografía</td></tr> </table>	APOYO DIAGNÓSTICO	Ecografía	Rayos X	Laboratorio	Tomografía	<table border="1"> <tr><td>OTROS SERVICIOS</td></tr> <tr><td>Farmacia</td></tr> <tr><td>Preparación</td></tr> <tr><td>Referencia y contra-referencia</td></tr> <tr><td>Trabajo social y discapacidades</td></tr> <tr><td>Nutricionista</td></tr> <tr><td>Alimentación</td></tr> <tr><td>Mantenimiento y Lavandería</td></tr> </table>	OTROS SERVICIOS	Farmacia	Preparación	Referencia y contra-referencia	Trabajo social y discapacidades	Nutricionista	Alimentación	Mantenimiento y Lavandería
APOYO DIAGNÓSTICO														
Ecografía														
Rayos X														
Laboratorio														
Tomografía														
OTROS SERVICIOS														
Farmacia														
Preparación														
Referencia y contra-referencia														
Trabajo social y discapacidades														
Nutricionista														
Alimentación														
Mantenimiento y Lavandería														

Elaborado: Diego Chimbo D.

Fuente: Hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo

3.2. ORGANIGRAMA FUNCIONAL

A continuación se procede a detallar la misión, las principales funciones y atributos establecidos en el Acuerdo Ministerial 1537 del MSP que debe llevar a cabo cada proceso con una adecuación de los servicios y estructura funcional que posee el hospital. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)



3.2.1 Proceso gobernante

3.2.1.1. Director general

Misión: Gerenciar el funcionamiento global del Hospital como máxima autoridad y representante legal de la institución, en el marco de las directrices y acuerdos emanados por el Ministerio de Salud Pública y en cumplimiento de la normativa legal vigente, así como dirigir y coordinar actividades médico sanitarias de todas las especialidades del hospital, a fin de que éstas otorguen al paciente los servicios médicos y hospitalarios con oportunidad, alta calidad, eficiencia y efectividad.

Principales atribuciones y responsabilidades:

- a) Representar legalmente y extrajudicialmente a la institución;
- b) Suscribir los actos administrativos en el ámbito de su jurisdicción, con estricto apego a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes;
- c) Programar, dirigir, controlar la gestión de los recursos asignados a su cargo y evaluar su adecuada utilización para proveer su cartera de servicios, mediante el Plan Operativo Anual y el Compromiso de Gestión en función de resultados de impacto social;
- d) Presentar para aprobación del Ministerio de Salud Pública, las propuestas de los distintos planes del centro que garanticen su óptimo funcionamiento, que definan y ejecuten las estrategias y políticas que implica su desarrollo;
- e) Adoptar las medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares;
- f) Asegurar la implementación de una estructura de costos hospitalarios, a fin de conocer ágilmente el costo de los servicios que se proveen en el Hospital;
- g) Coordinar la elaboración y ejecución del Plan Estratégico Institucional;
- h) Aprobar los planes, programas, proyectos y presupuestos del Hospital;



- i) Proponer y liderar programas de mejoramiento continuo en las áreas de su responsabilidad y desarrollar un sistema de evaluación interna, que permita el seguimiento de los objetivos pactados y la retroalimentación, implantando medidas para su corrección en el caso de incumplimiento;
- j) Aprobar y garantizar la ejecución del Plan Anual de Compras de insumos médicos, medicamentos, equipamiento del hospital, activos fijos en general, construcciones, inversiones y demás suministros, asegurando el cumplimiento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública;
- k) Formular lineamientos e instrumentos para la gestión organizacional en los campos de su competencia y velar que estas se encuentren alineadas con las políticas de la Autoridad Sanitaria Nacional y metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública;
- l) Coordinar la elaboración del presupuesto institucional, su trámite, ejecución, revisión y correctivos, gestionar fondos, preparar proyectos especiales y administrar la política salarial y de contratación institucional, de acuerdo a la normativa vigente;
- m) Supervisar que todos los servicios que requieran, informen desarrollen y elaboren el consentimiento informado de cada paciente;
- n) Aprobar los casos para referencia del paciente diagnosticado de una enfermedad catastrófica;
- o) Evaluar el cumplimiento de procesos y protocolos para todos los departamentos y servicios hospitalarios;
- p) Ser la autoridad nominadora del hospital;
- q) Dirigir la ejecución de las acciones para mantener la institución operativa, el cuidado de la infraestructura dentro de los estándares de seguridad y controlar los inventarios de los diferentes tipos de bienes;
- r) Asegurar el cumplimiento de las políticas y disposiciones del Ministerio de Salud y la Administración Pública en todas las unidades bajo su responsabilidad;



- s) Conocer y sustanciar los reclamos administrativos en el ámbito de su competencia, en coordinación con la correspondiente unidad desconcentrada de la Autoridad Sanitaria Nacional;
- t) Presentar informes periódicos, sobre la actividad del hospital y la presentación anual de la memoria de gestión;
- u) Presidir y convocar los Comités de Gerencia -Dirección, para establecer objetivos, validar resultados, realizar seguimientos de desarrollos y otros que agilicen la gestión del hospital para promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica así como mejorar los procesos de atención a los pacientes, la eficiencia en la utilización de los medios clínicos disponibles y los resultados de la actividad del hospital en términos de mejora de la salud de la población asignada;
- v) Dirigir y evaluar la actividad y calidad de la asistencia (técnica, percibida y de uso de recursos), la gestión del conocimiento, la docencia, y la investigación, en las distintas líneas de actividad que conforman la cartera de servicios del hospital;
- w) Asegurar que las actividades técnico-médicas sean realizadas con oportunidad, integralidad, alta eficiencia, efectividad y calidad, conforme a conocimientos médicos actualizados y a principios éticos, a fin de satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios;
- x) Asegurar que la gestión asistencial se realice bajo los principios de la gestión clínica: atención integral y continua con otros dispositivos de la red, accesible, con implicación y responsabilidad de los profesionales de las unidades, aplicando criterios de adecuación en la utilización de los recursos, reducción de la variabilidad de la práctica clínica y satisfacción del cliente extremo e interno;
- y) Velar por el cumplimiento del registro de las actividades de cada unidad;
- z) Coordinar y dar seguimiento a la actualización de perfiles epidemiológicos, estadísticas, evolución y control.

3.2.2. Proceso agregador de valor



3.2.2.1. Gestión de Especialidades clínico /quirúrgicas

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de la/s especialidad/es clínica/s y/o quirúrgica/s de atención que, de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible y se preste con una visión integral y de forma articulada, ajustada a estándares de calidad científico-técnicos y de utilización adecuada de los recursos.

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Especialidad/es Clínica/s y/o Quirúrgica/s

Atribuciones y responsabilidades:

- a) Ser el responsable de las actividades y el servicio de su Especialidad Clínica y/o Quirúrgica o grupo de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas;
- b) Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- c) Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la Información a pacientes y familiares;
- d) Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción;
- e) Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas;
- f) Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción;
- g) Liderar las sesiones clínicas, clínico patológico y otras actividades científicas de su servicio;
- h) Coordinar con la gestión de Docencia e Investigación lo inherente a la rotación de Estudiantes;



- i) Proponer programas de investigación, docencia y capacitación en su ámbito de acción;
- j) Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
- k) Elaborar los planes contingencias asistenciales de su ámbito de acción;
- l) Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- m) Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
- n) Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias del/los servicios a su cargo;
- o) Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital.

Productos y Servicios:

- a) Evaluación y clasificación de pacientes;
- b) Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historia Clínica;
- c) Atención integral a los procesos clínicos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- d) Información a pacientes y familiares;
- e) Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
- f) Recetas de medicamentos y solicitud dispensación;
- g) Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
- h) Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
- i) Alta médica a los pacientes que se encuentren restablecidos de su salud y entrega de la epicrisis a cada paciente;
- j) Certificaciones de atención y administrativas;



- k) Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
- l) Planes de contingencia asistenciales;
- m) Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- n) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.

3.2.2.2. Gestión de cuidados de enfermería

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles de acuerdo con las indicaciones médicas y criterios de buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Cuidados de Enfermería

Atribuciones y responsabilidades:

- a) Ser el responsable de las actividades de Cuidados de Enfermería;
- b) Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas del hospital;
- c) Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción;
- d) Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
- e) Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de su servicio;
- f) Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- g) Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;



- h) Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área;
- i) Velar en coordinación con la Unidad de Calidad, por el cumplimiento de procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los espacios y materiales clínicos sanitarios;
- j) Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital.

Productos:

- a) Cuidado directo integral de enfermería al paciente;
- b) Preparación del paciente para el acto médico;
- c) Reportes de visitas a los pacientes en coordinación con las respectivas unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas;
- d) Reportes de valoración del paciente desde la perspectiva de enfermería;
- e) Información a pacientes y familiares en el ámbito de su competencia;
- f) Mantenimiento de los espacios y materiales clínicos sanitarios del hospital en condiciones que eviten infecciones o riesgos al usuario;
- g) Informe del cumplimiento del plan de contingencia y procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los materiales clínicos sanitarios;
- h) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
- i) Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado para el efecto.

3.2.2.3. Gestión de apoyo diagnóstico y terapéutico

Misión: Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad en aquellas circunstancias en las que los servicios médicos así lo soliciten y que sean aceptados voluntariamente por el paciente en el caso de aquellos procedimientos invasivos y de riesgo.

Responsable: Coordinador/a de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico



Las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, son las siguientes:

Centro Quirúrgico

- a) Evaluación y clasificación del riesgo anestésico;
- b) Realización de intervenciones y procedimientos quirúrgicos de acuerdo al estado de salud y requerimiento de cada paciente;
- c) Atención a los post operatorios inmediatos;
- d) Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia clínica de los pacientes;
- e) Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
- f) Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
- g) Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
- h) Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
- i) Informes periódicos de condiciones clínico quirúrgicas de pacientes, de acuerdo al requerimiento de la Dirección Asistencial;
- j) Reporte diario del cronograma de cirugías programadas;
- k) Sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas;
- l) Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- m) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.

Terapia Intensiva

- a) Evaluación y clasificación de pacientes;
- b) Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historia Clínica;
- c) Atención integral a los pacientes críticos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención, que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;



- d) Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia Clínica de los pacientes;
- e) Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
- f) Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
- g) Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
- h) Alta médica a los pacientes que se encuentren restablecidos de su salud y entrega de la epicrisis a cada paciente;
- i) Certificaciones de atención y administrativas;
- j) Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
- k) Sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas;
- l) Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- m) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.

Imagenología

- a) Exámenes y procedimientos específicos del área;
- b) Ordenes de servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- c) Registro de exámenes y procedimientos realizados en el expediente único de Historia Clínica del paciente;
- d) Sistema de control de radiaciones;
- e) Informes para el Organismo Acreditador del área de imagenología;
- f) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;

Laboratorio

- a) Pruebas analíticas y técnicas de diagnóstico, utilizando métodos y procedimientos específicos del área;



- b) Reportes validados de resultados de las pruebas realizadas;
- c) Ordenes de Servicio atendidas y sustentadas en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- d) Calibrado de los equipos;
- e) Informes para el Organismo Acreditador del laboratorio;
- f) Soporte técnico del área de laboratorio;
- g) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
- h) Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.

Rehabilitación y Terapia en Salud Mental

- a) Certificado de calificación de discapacitados para obtención de carnet de CONADIS;
- b) Certificados para que se otorguen las prótesis que otorga el gobierno;
- c) Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- d) Reportes de aplicación de referencias a Centros de Educación Especial del Estado, en casos en que aplique;
- e) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
- f) Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico de especialidades capacitado al efecto.



Medicamentos e Insumos Médicos

- a) Registro de entrega de recetas prescritas por el personal Médico del Hospital para los pacientes;
- b) Informe de gestión de medicamentos e insumos médicos (elaboración de requerimientos, adquisición, provisión, recepción, almacenamiento, conservación, distribución y reposición de medicamentos e insumos) sustentada en la normativa existente y de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el Ministerio de Salud Pública;
- c) Informes de consumos de medicamentos por centro de coste, egresos e ingresos de insumos médicos y medicamentos para el control de contabilidad;
- d) Actas de custodia previa y control de recetarios pre-numerados que se entrega a los médicos del Hospital;
- e) Actas de entrega recepción de medicamentos adquiridos comprobando sus cantidades, calidad y características de acuerdo a lo solicitado;
- f) Inventario provisto de cantidades suficientes de medicamentos e insumos médicos para asegurar el funcionamiento de los servicios;
- g) Reportes periódicos sobre el estado de inventarios y aplicación de metodologías como el PEPS "Primero en Entrar- Primero en Salir" u otras buenas prácticas que permitan mantener las existencias y saldos a la fecha, identificar y distribuir los insumos médicos y medicamentos, asegurando su inocuidad;
- h) Guías fármaco terapéuticas;
- i) Solicitudes para la baja de insumos médicos y medicamentos de acuerdo al reglamento;
- j) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
- k) Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.

Nutrición y Dietética

- a) Atención sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles

- asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- b) Dietas, componentes dietéticos y alimentos recomendados para las distintas condiciones de los pacientes del hospital;
 - c) Raciones alimenticias diarias y planificación semanal de la provisión dietética de los pacientes hospitalizados;
 - d) Esquemas de composición corporal;
 - e) Resúmenes de valoración de estados nutricionales;
 - f) Recomendaciones diarias de vitaminas y oligoelementos orales/enterales y parenterales;
 - g) Guía e indicaciones de la nutrición en pediatría;
 - h) Informe sobre las repercusiones de la intervención nutricional;
 - i) Manuales y algoritmos orientativos para la selección de la dieta más adecuada al paciente con una patología concreta;
 - j) índices para decisiones clínicas y rutas del soporte nutricional;
 - k) Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
 - l) Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo;
 - m) Cualquier otra actuación relacionada con su formación e indicada por un profesional médico capacitado al efecto.

3.2.3. Proceso habilitante de apoyo

3.2.3.1. Admisiones

Misión: Asegurar la accesibilidad del paciente a los recursos asistenciales del hospital. Organizar, manejar y facilitar el uso adecuado de sus instalaciones y recursos con el objeto de mejorar el proceso de gestión y funcionamiento del Hospital.

Productos y Servicios:

- a) Sistema de información homogéneo, fiable y suficiente que posibilite los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos;



- b) Sistema de clasificación de pacientes;
- c) Programación de Agendas de atención a pacientes, diseño y mantenimiento de su estructura;
- d) Recepción de solicitud de cita, adecuación, clasificación y priorización;
- e) Criterios de filiación de pacientes, mantenimiento y actualización del fichero maestro de pacientes;
- f) Filiación y registro de la cita, cita programada, mantenimiento y actualización;
- g) Informes de las atenciones a pacientes realizadas en el hospital (programada y no programada);
- h) Definición de prestaciones, códigos y mantenimiento de las Historias Clínicas;
- i) Adecuación de la demanda de atención y alternativas de modulación y de los recursos y previsión de los mismos;
- j) Listados de trabajo en las diferentes áreas de atención a pacientes;
- k) Recepción de solicitudes, clasificación, priorización y programación de los ingresos;
- l) Asignación de cama a las órdenes de ingreso médicas;
- m) Reportes de clasificación, asignación funcional y mapa de camas actualizado;
- n) Informes sobre el estado de camas, disponibilidad;
- o) Censo de camas;
- p) Registros de entradas y salidas de internación;
- q) Registro de episodios de atención y confirmación;
- r) Reporte de altas y conocimiento de la previsión de altas;
- s) Reportes de traslados internos y confirmación de traslados intercentros;
- t) Reportes de aislamientos y ubicación de pacientes aislados;
- u) Programación quirúrgica en coordinación con el Centro Quirúrgico;
- v) Partes quirúrgicos, formalización y difusión;
- w) Registro y codificación de intervenciones;
- x) Información de atenciones para facturación de acuerdo a los tipos de financiación, clasificación conjunta;



- y) Petición de derivación a otro centro privado o público (a petición del paciente), cuando solicitan ese tipo de gestión en virtud del cumplimiento de garantías del Ministerio de Salud Pública en relación a los tiempos máximos de respuesta para ser atendidos;
- z) Reportes de administración y gestión de los transportes medios extraordinarios, en coordinación con la unidad administrativa;
- aa) Protocolos de derivación de pacientes entre niveles y de criterios unificados de valoración de solicitudes;
- bb) Apertura de Historia clínica, integración, centralización y normalización de otra documentación clínica;
- cc) Custodia, mantenimiento y archivo de la documentación clínico-asistencial;
- dd) Archivo activo y archivo pasivo de Historias Clínicas (mientras existan en soporte papel);
- ee) Manual de acceso y uso de las Historias clínicas, bajo los criterios de la Comisión de Historias clínicas;
- ff) Codificación de diagnósticos y procedimientos (Clasificación Internacional de Enfermedades) actualizado;
- gg) Indicadores del Servicio de Admisiones.

3.2.3.2. Recaudación de costos

- a) Recaudación de los valores de autogestión referentes al SOAT o equivalentes, con su respectiva factura;
- b) Informar sobre los valores del SOAT o equivalentes recaudados;
- c) Registros de dineros recaudados del SOAT o equivalentes para ser informados a la Administración de caja;

3.2.3.3. Tecnologías de la información y comunicaciones (TIC)

Misión: Aplicar las normas y procedimientos que efectivicen la gestión y administración de las tecnologías de la información y comunicaciones, orientadas a la optimización de los recursos y fortalecimiento de la red interna para mejorar la eficiencia en la atención a los pacientes.



Productos y Servicios:

- a) Mantenimiento a las líneas de red;
- b) Acciones preventivas y correctivas de software y Hardware;
- c) Informes sobre las acciones preventivas y correctivas de software y Hardware realizadas;
- d) Informes sobre las redes de conectividad;
- e) Plan de mejoramiento de redes;
- f) Plan de contingencias sobre respaldos de información;
- g) Mantenimiento de programas informáticos existentes;
- h) Sistemas de información en las diferentes áreas y pagina WEB del Hospital actualizada;
- i) Central telefónica digital;
- j) Servicio de internet a las diferentes unidades del hospital;
- k) Correo institucional;
- l) Inventario de los equipos tecnológicos computacionales y comunicacionales;
- m) Actas de la entrega recepción de los equipos adquiridos en coordinación con las áreas de Activos Fijos y Bodega;
- n) Informes de funcionamiento de los equipos adquiridos y otros equipos tecnológicos computacionales y comunicacionales de la institución en coordinación con las áreas de Activos Fijos y Bodega.

3.2.3.4. Activos fijos y bodega

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



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

Mantenimiento

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





CAPÍTULO IV

IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL



A continuación, luego de obtener un conocimiento básico de la estructura organizacional del Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”, se procede a realizar un diagnóstico general del actual sistema de control interno, para poder detectar las posibles debilidades o deficiencias y posteriormente proponer las herramientas que ayuden a superarlas.

4.1 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL HOSPITAL

Con el fin de establecer un diagnóstico del actual sistema de control interno del hospital, se realizó una evaluación al mismo con cumplimiento de las NCI. (Normas de Control Interno) para el Sector Público dictadas por la Contraloría General del Estado y se finaliza con el respectivo informe de evaluación, aclarando que la evaluación será de forma general al sistema y no específica en algún componente.

4.1.1 Evaluación al sistema de control interno del hospital

Con el objetivo de evaluar al sistema de control interno, se aplicó un cuestionario de control interno para el marco público, el que puede ser observado dentro del **Anexo N° 1**, que se ejecutó para poder determinar un nivel de confianza y de riesgo del sistema del hospital, analizando los cinco componentes del control interno. Adicionalmente se efectuó una encuesta como complemento consultivo que puede observarse dentro del **Anexo N° 2**.

Escala y parámetros de valoración de respuestas

RESPUESTA	VALORACIÓN	N.C. NIVEL DE CONFIANZA	CALIFICACIÓN DEL N. C.	RIESGO
SI	2	76%-95%	ALTO	BAJO
EP	1	51%-75%	ACEPTABLE	MODERADO
NO	0	15%-50%	BAJO	ALTO



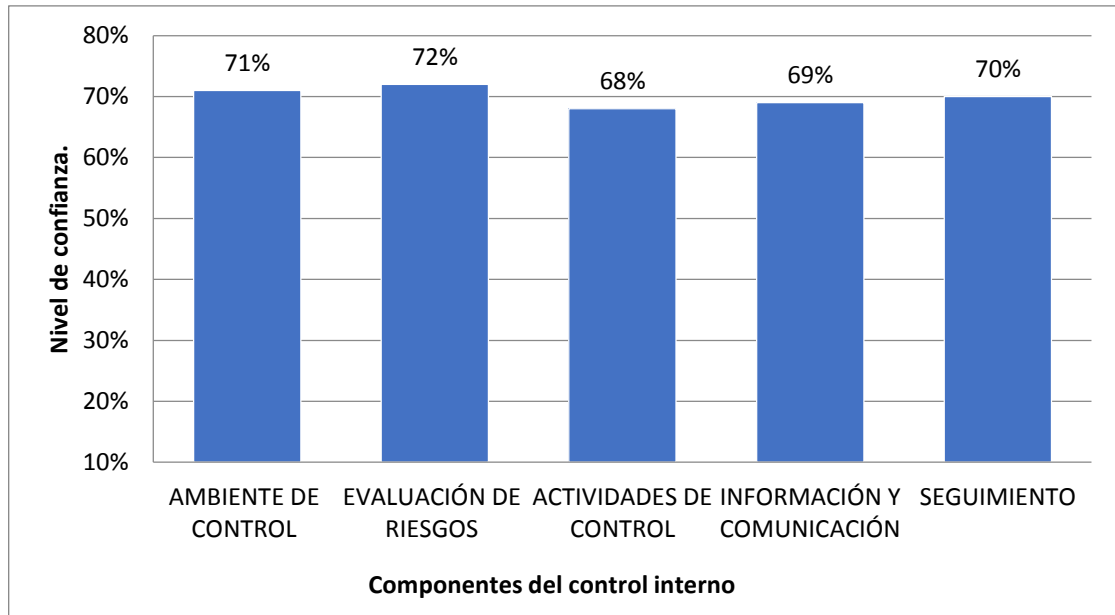
Como resultado de la aplicación del cuestionario de control interno, se obtuvo un nivel de confianza global de un 70%, el que se califica como aceptable y que genera un nivel de riesgo moderado, a continuación se detalla los resultados por componente:

Matriz de valoración de calificación del nivel de confianza en el control Interno

Componente	Ponderación Total	Calificación Total	%	Nivel de Confianza	Nivel de Riesgo
Ambiente de Control	78	55	71%	Aceptable	Moderado
Evaluación de Riesgos	32	23	72%	Aceptable	Moderado
Actividades de Control	44	30	68%	Aceptable	Moderado
Información y Comunicación	16	11	69%	Aceptable	Moderado
Seguimiento	20	14	70%	Aceptable	Moderado
TOTAL	190	133	70%	Aceptable	Moderado

Elaborado: Diego Chimbo D.

Gráfico de Porcentajes del nivel de confianza del hospital



Elaborado: Diego Chimbo D.

4.1.1.1 Ambiente de control

Para evaluar este componente se consideraron aspectos relacionados a la integridad y valores, planificación, principales políticas y el ambiente organizacional. Obteniendo como resultado un nivel de confianza de un 71%, que indica un nivel de confianza aceptable y de riesgo moderado, tomando en cuenta los siguientes puntos relevantes:

Integridad y valores éticos

El hospital cuenta con un código de ética en cumplimiento a los lineamientos del MSP, sin embargo, de la encuesta realizada, un 34% del personal encuestado respondió no tener claro los compromisos y contenidos del mismo, debido al poco seguimiento por parte del comité de ética del impacto desde su implementación en 2013.

Administración estratégica

El hospital cuenta con un sistema de planificación basado en planes plurianuales y planes operativos anuales, que están alineados al plan nacional de desarrollo, sin embargo, existe poca participación inclusiva en su



socialización tanto con la comunidad y el personal, ya que apenas un 37% del personal encuestado tiene conocimiento de los logros alcanzados por el hospital respecto a su gestión, los principales extractos de resultados de la planificación 2014, se presentan en el **Anexo N° 3.1**

Políticas y prácticas de talento humano

La contratación de personal se realiza conforme a la normativa, sin embargo, sus procesos de inducción se basan generalmente en la entrega del contrato y la presentación del puesto de trabajo, siendo un punto vulnerable considerando que posee una permanente rotación de personal operativo, debido a la duración de los contratos teniendo como aproximado un 14% anual de rotación que se puede observar en el **Anexo N° 3.6**. En cuanto a los planes de capacitaciones ejecutadas, las principales desarrolladas en el año 2014 se presentan en el **Anexo N° 3.2**

Estructura organizativa

La estructura organizativa del hospital se basa en el modelo establecido por el Acuerdo Ministerial 1537, el que fue tratado en el capítulo anterior y en el caso de los manuales se basa en los ya establecidos en el MSP, careciendo de manuales propios adaptados a sus procesos de inducción.

Sistemas computarizados de información

En cuanto a sistemas informáticos, el hospital cuenta con un programa informático denominado WIZARD 2.0 dentro de Admisiones, el que permite agendar citas y consultas médicas y para el manejo de inventarios emplea un programa denominado OLIMPO, que se encarga del registro y control del stock de los inventarios de medicamentos, materiales e insumos del hospital, ambos programas cuentan con manuales y usos de claves respectivas por usuario.

En cuanto al manejo de las historias clínicas de los pacientes éstas se llevan en forma manual, en vista que todavía no existe una normativa para la aplicación de un software que agilite su manejo a través de historias clínicas



electrónicas, dichas automatizaciones están en proceso de prueba por parte del MSP.

4.1.1.2 Evaluación de riesgos

Para el desarrollo de este componente se consideraron aspectos como la identificación de riesgo y el impacto que tienen estos dentro de los objetivos del hospital.

Del cuestionario aplicado se obtuvo un nivel de confianza del 72%, el que indica un nivel de confianza aceptable y de riesgo moderado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos como de importancia:

El hospital tiene objetivos planteados considerando la misión y visión institucional, siendo consistentes entre sí y cuenta con la aplicación de indicadores de cumplimiento para medir el desempeño de su planificación; sin embargo, de la encuesta aplicada solo un 61% del personal tiene claro la misión y visión del hospital.

En lo referente a la identificación de riesgos la entidad emplea mapas de riesgos, una aplicación ejemplo se presenta en el **Anexo N° 3.3**, así como también cuenta con planes de contingencia en caso de incendios, inundaciones etc., considerando amenazas que podrían afectar el cumplimiento de objetivos; sin embargo, de la encuesta solo un 32% del personal está consciente y claro sobre estos planes de evaluación y mitigación de riesgos.

Dentro de los principales riesgos que afronta el hospital, está su infraestructura que actualmente ya no es adecuada a su actual demanda, lo que limita su funcionalidad y ocasiona que el servicio al público no sea el óptimo, obligando a improvisar sus instalaciones para brindar la mejor atención posible a los pacientes. Por lo que la dirección de la institución está trabajando en planes para la estructuración de un hospital que pase de una cobertura de 25 a 70 camas.

Las transacciones se sustentan con la documentación y los respectivos archivos físicos o en medios electrónicos; sin embargo, posee debilidad en

cuanto al archivo histórico físico, por el limitado espacio para su respectivo almacenamiento y las condiciones propias de las instalaciones, siendo un punto vulnerable la posible pérdida de información de alrededor de 80 mil historias clínicas que maneja el hospital, ya que únicamente cuentan con soporte físico en el archivo, en cuanto a su respaldo en medios magnéticos se requieren los respectivos estudios para las aprobaciones, en vista de los costos que implicaría implementar este tipo de archivo para las historias clínicas. Tomando en cuenta también que se encuentran en proceso de depuración para la conformación del archivo pasivo de estas historias clínicas.

4.1.1.3 Actividades de control

Para el desarrollo de este componente se tomó en cuenta aspectos como los procedimientos y políticas que emplea el hospital para minimizar los riesgos en el logro de los objetivos.

Se obtuvo un nivel de confianza de un 68% que indica un nivel de confianza aceptable y de riesgo moderado, considerando los siguientes aspectos como de importancia:

Políticas y normas institucionales:

- Posee políticas de horarios de atención y prestación de servicios.
- Posee políticas y normas de seguridad y bioseguridad laboral; sin embargo, existe desconocimiento del personal, porque no han sido reforzadas durante los procesos de inducción.

Control de actividades:

- Para el control de asistencia del personal emplea un reloj biométrico, a más de controles flash de asistencia.
- El control a la documentación física se ve afectado debido a los espacios físicos de las instalaciones.
- El programa WIZARD registra las entregas de turnos, en base a códigos para un mejor control.



- Para la identificación de activos de la institución, se emplea la respectiva codificación de bienes que está en proceso de ajustes.
- Existe un sistema informático para el control de stock de inventarios de medicamentos e insumos médicos, como es el programa OLIMPO.
- Se emiten informes trimestrales y anuales de las constataciones físicas al MSP y sobre el control de caducidad de medicamentos por parte de la bodega de farmacia.
- Para el control de alimentos se emplea kardex en plantillas de Excel, existiendo controles para disminuir el nivel de desperdicios, el cual actualmente es muy bajo.
- Existe un control de mantenimiento de equipos médicos por terceros y de soporte técnico por parte de TIC de la institución; sin embargo, existe un solo responsable de TIC.
- El control del manejo de desechos hospitalarios es realizado de acuerdo a la normativa del MSP.
- Carece de manuales de procedimientos institucionales adaptados a los proceso de inducción al personal.
- Posee control en la movilidad de vehículos, por medio de un registro diario de movilización en el caso de vehículos institucionales y de las ambulancias.
- Las funciones del personal se presentan en los respectivos contratos, sin embargo existe un 41% del personal que no está claro en sus funciones.

Control de acceso y sistemas:

- Posee cámara de seguridad en lugares estratégicos.
- Posee guardias de seguridad para controlar los accesos a los espacios que requieren autorización.
- Los programas y equipos informáticos cuentan con claves de usuario.
- Soporte periódico a los programas informáticos.

Autorizaciones y supervisiones:



- Cuenta con la respectiva acta entrega recepción, para la asignación de la responsabilidad de bienes a cargo del personal.
- Posee formatos de solicitudes para las diferentes autorizaciones que se requieran.
- Los líderes de cada proceso son los responsables de llevar a cabo una supervisión continua del personal a su cargo.

Rotación y segregación de funciones:

- Cuenta con una rotación y segregación de labores limitada por el número de personal de la institución, la que es realizada de forma mensual para el personal médico y de enfermería de las diferentes secciones del hospital.

Es necesario señalar que todos los procedimientos y políticas de control presentan limitantes, debido a que existe como resultado de la encuesta un 34% del personal que no tiene conocimiento claro de los procedimientos que emplea el hospital como políticas de control, teniendo influencia también así los procesos de inducción.

4.1.1.4 Información y comunicación

Para el desarrollo de la evaluación de este componente se consideraron aspectos como el funcionamiento de los canales de comunicación y nivel de seguridad en los sistemas de información utilizados por el hospital.

Se obtuvo como resultado un nivel de confianza de un 69% que indica un nivel de confianza aceptable y de riesgo moderado, tomando en cuenta los siguientes puntos relevantes:

El hospital cuenta con un sistema de información que corresponde al Sector Público, el que cumple las normas de confidencialidad y confiabilidad para los diversos trámites, en el caso particular del hospital cuenta con correos como el QUIPUX, el que comprende un sistema de gestión de información y documentos electrónicos con validez legal y un correo institucional con extensión de dominio a5g, teniendo una cobertura del 100% de personas que



poseen cuentas de los correos y con una revisión diaria promedio del 76% de usuarios, datos determinados en la encuesta realizada.

Para el registro de la información de pacientes, estas son archivadas en las respectivas historias clínicas y su manejo de información se rige a las normas y protocolos de confidencialidad establecidos por el MSP.

Como canales de comunicación externa con usuarios, se cuenta con una página WEB, la que no ha sido difundida por lo que es de poco conocimiento para el público, con un resultado de la encuesta del 0% de conocimiento. También emplea una cartelera informativa, la que por su ubicación no es muy aprovechada como canal informativo.

4.1.1.5 Seguimiento

Para el desarrollo de la evaluación de este componente se consideraron aspectos como el grado de supervisión a los controles y procesos del hospital, tanto los continuos como periódicos, si se brinda un seguimiento que permita que no se continúen generando las constantes deficiencias.

Se obtuvo como resultado un nivel de confianza del 70% que indica un nivel de confianza aceptable y de riesgo moderado, tomando en cuenta los siguientes aspectos relevantes:

La institución lleva a cabo un seguimiento continuo de las operaciones a través de la supervisión de los procedimientos de control, a cargo de los responsables de las distintas áreas. Como mecanismos formales de evaluación del desempeño del personal se emplea el EVAL que es aplicado únicamente al personal amparado bajo la LOSEP, y que representa aproximadamente el 55% de todo el personal, distribución que se puede observar en el **Anexo N° 3.6**, no existiendo una herramienta formal de evaluación al personal amparado bajo el Código de Trabajo.

Respecto a sus evaluaciones periódicas, el hospital, por su estructura, carece de una unidad de auditoría interna y se sujeta únicamente a las revisiones que realiza la Contraloría General del Estado y la respectiva Dirección Distrital, las



que generalmente se enfocan a exámenes especiales, relacionados al manejo de medicamentos y observaciones puntuales de los componentes del hospital las que han presentado razonabilidad en su gestión, por lo que no han sido tratadas en el estudio.

4.1.2 Informe de evaluación al sistema de control interno del hospital

Cuenca, 5 de enero de 2015

Doctor

Danilo Encalada Moreno

DIRECTOR DEL HOSPITAL CANTONAL

“MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO

Ciudad

De mi consideración:

Se ha realizado la evaluación al sistema de control interno del Hospital correspondiente al año 2014 en forma general a sus diferentes componentes, conforme a las Normas de Control Interno establecidas por la Contraloría General de Estado.

A continuación se presenta, el siguiente informe que contiene los principales hallazgos que se establecieron durante la evaluación:

La implementación de un plan de renovación y seguimiento de compromisos establecidos en el código de ética, contribuirá a contar con un personal más comprometido con los objetivos de la institución.

El hospital posee un código de ética, sin embargo se evidencia la falta de compromiso para con este instrumento, presentando un 34% del personal encuestado, que no está claro con dichos compromisos y su contenido, debido



al poco seguimiento del impacto de resultados dado por parte del Comité de Ética, lo que podría contribuir a que se generen actos en perjuicio del ambiente organizacional de la institución. Teniendo como referencia normativa de cumplimiento lo que indica la NCI 200-01. Integridad y valores éticos que señala: “Los responsables del control interno... establecerán los mecanismos que promuevan la incorporación del personal a estos valores.”

Conclusión:

Los objetivos prescritos en el Código de Ética no han tenido un impacto real por la falta de seguimiento de los compromisos establecidos por el mismo, tanto del Comité de Ética como del personal.

Recomendación:

Al Director del Hospital y al Comité de Ética:

Implementar un plan de renovación y seguimiento de los compromisos establecidos en el Código de Ética, con el fin de fortalecer la implementación de este instrumento en la organización.

El desarrollo de un análisis FODA, facilitará el establecimiento de estrategias institucionales dentro de la planificación del hospital.

El hospital cuenta con un sistema de planificación; sin embargo, no posee un análisis FODA, debido a que los directivos no han considerado incorporarlo dentro de su metodología, lo que no permitiría aprovechar de mejor manera el uso de estrategias que se puedan obtener al analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que posee la institución en relación a su entorno. Teniendo como referencia normativa lo que establece las NCI 200-02. Sobre la administración estratégica en lo relacionado a la implementación de herramientas para una buena planificación institucional.

Conclusión:



Dentro de la planificación no se ha considerado contar con un análisis FODA, lo que podría evitar que el hospital tenga un mejor diagnóstico de su situación actual con la aplicación de esta metodología.

Recomendación:

Al Director del Hospital y al Líder de Planificación:

Considerar la incorporación del análisis FODA dentro de la planificación, para así facilitar el desarrollo de estrategias que le permitan generar dicha metodología.

El fortalecimiento del programa de inducción al personal nuevo, permitirá al hospital contar con una herramienta para mejorar la incorporación de personal, el desarrollo de funciones y control de sus actividades.

El hospital posee un proceso de inducción al personal nuevo; sin embargo, básicamente se lo realiza en base a una presentación, indicaciones generales y entrega del respectivo contrato de trabajo al nuevo empleado, no profundizándose en temas como normas de bioseguridad entre otros aspectos de formalidades etc, lo que podría generar que el personal nuevo desconozca sus funciones e incluso generar la duplicidad de actividades y confusión en el desarrollo de los procedimientos. Teniendo como base normativa de cumplimiento lo que establece la NCI 200-03. Políticas y prácticas de talento humano que señala: “el control interno incluirá las políticas y prácticas necesarias para asegurar una apropiada planificación y administración del talento humano de la institución”.

Conclusión:

Un completo programa de inducción al personal nuevo permitirá mejorar el proceso de incorporación y adaptación del personal ingresante a la institución.

Recomendación:

Al Director del Hospital y Líder de Talento Humano Distrital:



Implementar refuerzos al actual programa de inducción al personal nuevo, con el fin de mejorar su incorporación a la institución, el que deberá contener información general de la institución, código de ética, funciones y los respectivos manuales de procedimientos con cumplimiento a los lineamientos del MSP.

El mejoramiento de los planes de socialización referente a la planificación institucional y resultados de la gestión, tanto al personal de la institución como a la comunidad, permitirá generar un mayor compromiso participativo con los mismos.

El hospital cuenta con los sistemas de planificación en concordancia a los lineamientos públicos; sin embargo, estos no son socializados adecuadamente dentro de la comunidad de usuarios, lo que ocasiona que se desconozca los resultados de su gestión y no se cumpla de manera totalmente eficiente el objetivo de rendición de cuentas, debido a que sus mecanismos de socialización no han tenido el impacto deseado. Teniendo como referencia normativa de cumplimiento lo que indica la NCI 200-02. Administración Estratégica que señala: que los documentos generados durante el proceso de planificación, deben ser difundidos entre todos los niveles de la organización y a la comunidad en general.

Conclusión:

Los diferentes planes y resultados del hospital no son totalmente socializados, lo que genera su desconocimiento para los diferentes usuarios.

Recomendación:

Al Director del Hospital y al Líder de Planificación:

Considerar el uso de canales alternativos para la socialización de la planificación y gestión institucional, buscando una participación inclusiva de la comunidad que permita aceptar recomendaciones y se cumpla a plenitud el objetivo de rendición de cuentas, mediante el uso de la cartelera institucional



en una mejor ubicación y la complementación del uso adecuado de la página WEB.

La implementación de herramientas tecnológicas en el archivo de historias clínicas de los pacientes, contribuirá a evitar posibles pérdidas de información.

El hospital cuenta con archivos físicos de las historias clínicas de sus pacientes; sin embargo, dicha información no se encuentra soportada en ningún programa o medio informático, lo que genera su posible pérdida en caso de presentarse cualquier desastre, esto debido a que los responsables no han considerado dicho respaldo en medios magnéticos, por su amplio volumen que actualmente consta de alrededor de 80 mil historias clínicas y el costo que implicaría. Teniendo como referencia normativa de cumplimiento lo que señala la NCI 405-04. Documentación de respaldo y su archivo que señala: “La máxima autoridad, deberá implantar y aplicar políticas y procedimientos de archivo para su conservación y mantenimiento de archivos físicos y magnéticos”.



Conclusión:

El hospital únicamente posee respaldos físicos de las historias clínicas, lo que genera vulnerabilidad de posibles pérdidas de información en caso de desastres o siniestros.

Recomendación:

Al Director del Hospital, al Líder de Admisiones y de TIC:

Considerar la elaboración de un estudio y propuesta a la Dirección de Salud Distrital por ser el ente rector, sobre la implementación de estas herramientas que permitirían mejorar el archivo de las historias clínicas de los pacientes.

La socialización de la página WEB a sus usuarios, permitirá mejorar los canales de comunicación del hospital.

El hospital cuenta con una página WEB que es poco conocida por los usuarios tanto internos como externos, con un resultado de la encuesta del 0% de conocimiento de los usuarios, no permitiendo que la institución aproveche este valioso canal de comunicación, debido a que no ha existido una preocupación por mantener activa la página. Teniendo como referencia normativa de cumplimiento lo que indica la NCI 410-14. Sitio WEB, servicio de internet e intranet que señala: es responsabilidad de la unidad de tecnología de información el manejo de la misma y la NCI 500-02. Canales de comunicación abiertos que señala: que dichos canales deben ser seguros y oportunos, para que le permitan proyectar una buena imagen institucional.

Conclusión:

Los usuarios internos y externos del hospital tienen poco o ningún conocimiento de la página WEB institucional, desaprovechando esta herramienta informática.

Recomendación:

Al Director del Hospital y al Líder de TIC:



Coordinar con el líder de TIC la respectiva socialización y uso permanente de la página WEB, lo que generaría una valiosa herramienta dentro de los canales de comunicación del hospital para con sus usuarios.

El desarrollo de capacitaciones sobre uso de equipos y programas informáticos, permitirá mejorar las capacitaciones o cursos que se desarrollan de manera virtual.

Actualmente, la mayor parte de las capacitaciones del MSP se brindan a través de cursos virtuales; sin embargo, de la encuesta realizada se obtuvo como resultado que parte del personal no posee un conocimiento adecuado para el manejo de estas herramientas en un 61%, tanto en equipos como programas informáticos, lo que genera que se desaprovechen dichos cursos, debido a que este tipo de capacitaciones no se han considerado dentro de los planes generales de capacitación. Teniendo como referencia normativa lo que indica la NCI 410-15. Capacitación informática que señala: que el responsable de TIC debe establecer un plan de capacitaciones en temas informáticos en conjunto con talento humano.

Conclusión:

Las capacitaciones por cursos virtuales no son aprovechadas de manera óptima, en vista de ciertas debilidades del personal en el manejo de programas y herramientas informáticas.

Recomendación:

Al líder de TIC y Talento Humano distrital:

Considerar dentro de los planes anuales de capacitación el desarrollo de este tipo de temas, así como la concientización al personal sobre la importancia del buen manejo de los equipos y programas informáticos para el desarrollo de sus actividades.



El desarrollo de mecanismos de seguimiento al personal amparado en el Código de Trabajo, permitirá llevar un seguimiento de todo el personal del hospital.

Actualmente, el hospital formaliza únicamente las evaluaciones de desempeño realizadas al personal amparado bajo la LOSEP que representa un porcentaje aproximado del 55% de todo el personal a través del mecanismo de evaluación denominado EVAL, sin evaluar al personal amparado bajo el Código de Trabajo, lo que no permite tener un seguimiento óptimo del cumplimiento de sus funciones y desempeño, en vista de que no existen mecanismos de evaluación establecidos para dicho personal. Teniendo como referencia normativa lo que indica la NCI 407-04. Evaluación de desempeño que señala: “La máxima autoridad en coordinación con Talento Humano, emitirán y difundirán las políticas y procedimientos para la evaluación de desempeño, en función de los cuales se evaluará periódicamente al personal de la institución”, y la NCI 600. Seguimiento, que señala: la máxima autoridad y los directivos establecerán los procedimientos de seguimiento para garantizar la eficacia del sistema de control.

Conclusión:

Únicamente el personal del hospital amparado bajo el régimen laboral de la LOSEP está sujeto a un proceso formal de evaluación de desempeño.

Recomendación:

Al Director del Hospital y al Líder de Talento Humano del distrito:

Coordinar el seguimiento al personal amparado bajo el Código de Trabajo, para llevar así un mejor control de todo el personal de la institución.

4.2 PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO

Como aplicación práctica, luego de obtener un diagnóstico general del actual sistema de control interno del hospital y con el fin de fortalecer y mejorar dicho



sistema, se presenta la siguiente propuesta que se centrará en la implementación de las siguientes herramientas o guías aplicativas:

Herramientas propuestas

Propuesta	Objetivo
Plan de renovación y seguimiento de los compromisos establecidos en el código de ética.	Concientizar al personal de la importancia del código de ética, como herramienta para mantener un buen ambiente y compromiso organizacional.
Propuesta	Objetivo
Metodología FODA	Complementar las estrategias institucionales para aprovechar las fortalezas u oportunidades y así también eliminar o reducir las debilidades o amenazas del hospital.
Programa de inducción al personal nuevo	Fortalecer y facilitar la incorporación del nuevo personal a la institución.
Manual de procedimientos. (Consulta externa, hospitalización y emergencia)	Contar con un instrumento de apoyo administrativo, que permita mejorar el proceso de inducción del personal nuevo, así como ejercer una revisión del cumplimiento de las actividades principales del hospital.
Plan de capacitación al personal en el manejo de herramientas y programas informáticos básicos	Lograr que el personal esté capacitado para realizar cursos virtuales.
Plan de socialización de la	Constituir a la página WEB del hospital en



página WEB	un canal de comunicación eficiente, fiable y oportuno, tanto para los usuarios internos y externos.
Formulario de seguimiento al personal amparado por el código de trabajo	Proporcionar un seguimiento de desempeño de todo el personal, para detectar posibles debilidades o necesidades de capacitaciones en el personal del hospital.



4.2.1 Propuesta de un plan de renovación y seguimiento de los compromisos del Código de Ética

Se propone una renovación de los compromisos establecidos en el Código de Ética del hospital, como mecanismo para concientizar al personal sobre la importancia de dicho código dentro de la institución y del debido seguimiento del Comité de Ética, lo que le permitirá al hospital mantener un buen ambiente organizacional, considerando que el verdadero éxito del funcionamiento del control interno, está en quienes lo ejecutan y participan, en este caso todo el personal de la organización. A continuación se presenta la estructura del contenido que se basa en el actual Código de Ética. (BARRERA, HEREDIA, 2013) :

4.2.1.1. Contenido

a) Objetivo:

Renovar los compromisos de seguimiento y participación del personal y Comité de Ética para con el Código de Ética implementado dentro del hospital.

b) Alcance:

Sera de aplicación para todo el personal del hospital cantonal “Moreno Vásquez” de Gualaceo.

c) Principios:

Los principios del personal tales como: igualdad, eficacia, eficiencia, responsabilidad y transparencia.

d) Valores:

Los valores como son: respeto, inclusión, vocación al servicio, compromiso, integridad, justicia y lealtad.

e) Compromisos del Código de ética (Artículo 4):

El proceder ético compromete para el desarrollo de sus labores a los servidores/as a:



- a. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad del Estado.
- b. Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.
- c. Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública, constituye el talento humano que está al servicio de la población en general;
- d. Cumplir rigurosamente los protocolos y normativa en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos pertinentes;
- e. Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades;
- f. Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.
- g. Demostrar una conducta intachable y justa, alienándose a la misión y visión de la institución;
- h. Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicio del Ministerio de Salud Pública.

f) Conflicto de intereses:

Lograr concientizar al personal, sobre la aparición de posibles conflictos de intereses del personal, así como sus diferentes modos de resolución.

Un conflicto de intereses se presenta cuando los intereses personales van en contra de los intereses institucionales, ya sea en beneficio propio o de un tercero.

Teniendo como alternativas para la resolución de conflictos de interés: la negociación entre las partes sin la intervención de un tercero y la mediación o conciliación con la colaboración de un tercero.

g) Comité de Ética:



El comité deberá establecer los mecanismos de comunicación y seguimiento de resultados, así como las fechas en que sesionará normalmente.

h) Sanciones:

El comité señalará las sanciones en caso de incumplimientos de la aplicación del Código de Ética.

Observaciones generales:

- Se debe establecer sesiones periódicas del comité, para una adecuada revisión de la aplicación y cumplimiento del código.
- Se establecerán y controlarán periódicamente los medios o canales de recepción de reclamos o recomendaciones.
- El Código de Ética deberá incorporarse a la etapa de inducción del personal nuevo.
- El Código de Ética deberá contemplar procesos de evaluación de comprensión de manera continua.

4.2.1.2. Cuadro de actividades

N°	Actividad	Responsable
1	Convocatoria al Comité de Ética	Director General del hospital
2	Elaboración de un informe de actividades	Comité de Ética
3	Convocatoria al personal de la institución	Comité de Ética
4	Lectura del informe del Código de Ética e inclusión de un espacio para el debate de opiniones	Comité de Ética
5	Renovación del compromiso para con el Código de Ética	Comité de Ética
6	Comunicación de los mecanismos de seguimiento del impacto de la implementación del código	Comité de Ética

Elaborado: Diego Chimbo D.



4.2.1.3. Seguimiento

Indicadores de seguimiento de impactos del Código de Ética

Indicador	Objetivo	Unidad de medida	Fórmula o método de verificación	Observación
Actualización del Código de Ética.	Determinar la vigencia del mismo.	Código de Ética actualizado.	Ejemplar del código.	Ninguna.
Quejas presentadas a los servicios del hospital.	Determinar el número de quejas.	Formularios de quejas.	Suma de las quejas recibidas.	Verificar que existe una tendencia a la reducción de quejas.
Seguimiento de quejas de usuarios.	Determinar si se cumple el respectivo seguimiento a las quejas.	Número de quejas tratadas.	Número de quejas tratadas / número de quejas presentadas.	Verificar que existe una tendencia de incremento del seguimiento a las quejas.
Recomendaciones al Comité de Ética.	Determinar el número de recomendaciones.	Respectivo formulario.	Suma de recomendaciones recibidas.	Análisis de cambios.

Elaborado: Diego Chimbo D.

Formulario de Seguimiento



Señale con una X la respuesta que considera adecuada.

1.- ¿Participó Ud. en la socialización y capacitación del Código de Ética?

Sí _____ No _____ No aplica _____ (personal nuevo)

2.- ¿Posee Ud. un ejemplar impreso del Código de Ética?

Sí _____ No _____

3.- ¿Considera Ud. que el Código de Ética maneja un lenguaje sencillo?

Sí _____ No _____

4.- ¿Considera Ud. que se aplican los valores establecidos en el Código de Ética en forma general dentro de la institución?

Sí _____ No _____

5.- ¿En su área de labor se aplican estos valores?

Sí _____ No _____

6.- ¿Conoce Ud. Cuáles son los canales de comunicación con el Comité de Ética?

Sí _____ No _____

7.- ¿Conoce Ud. de casos de quejas que no hayan sido tratadas por el



Comité de Ética?

Sí _____ No _____

Recomendaciones u observaciones.

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.1.4. Presupuesto

Descripción	Valor
Materiales: hojas, esferos, lápices, etc.	\$ 30,00
Impresiones. (Código de ética y formularios.)	\$ 120,00
Refrigerios. (Socialización)	\$ 80,00
Suministros varios.	\$ 10,00
Total	\$240,00

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.2. Propuesta de implementación de la metodología de análisis FODA

A continuación se presenta un análisis FODA, metodología que permite obtener un conocimiento general sobre la situación actual del hospital en relación con su entorno, enfocándose en su ambiente interno fortalezas-debilidades y su ambiente externo oportunidades-amenazas, con el fin de que se puedan establecer las estrategias para aprovechar las primeras y contrarrestar o eliminar las segundas.

FODA



Factores Internos	Factores Externos
<p>Fortalezas</p> <p>Constituyen todos aquellos elementos propios y positivos de la organización, que contribuyen al buen funcionamiento organizacional.</p> <p>Se deben aumentar</p>	<p>Oportunidades</p> <p>Constituyen todos aquellos factores positivos que se generan fuera de la organización, que podrían ser aprovechados para beneficio de la organización.</p> <p>Se deben aprovechar</p>

<p>Debilidades</p> <p>Constituyen todos aquellos elementos propios de la organización, que no contribuyen a su buena marcha.</p> <p>Se deben disminuir</p>	<p>Amenazas</p> <p>Constituyen todas aquellas situaciones negativas externas, que podrían afectar a los intereses de la organización.</p> <p>Se deben neutralizar</p>
--	---

4.2.2.1. Metodología del Análisis FODA

a) Formulación de preguntas

Fortalezas

¿Qué consistencia tiene la estructura de la organización actualmente?

¿Qué ventajas tiene la organización?

¿Qué hace la organización mejor que otra de fin similar?

Debilidades

¿Qué puede mejorar la organización?

¿Qué debería evitar la organización?

Oportunidades



¿Qué buenas oportunidades o facilidades en general se presentan para la organización?

¿Cuál es la situación política que rodea a la organización?

¿Cuál es la tendencia del sector económico, en el que se desenvuelve la organización?

¿Qué cambios tecnológicos podrían ser aprovechados por la organización?

¿Qué cambios sociales se evidencian en el entorno de la organización?

¿Qué cambios normativos y legales se están presentando a favor de la organización?

Amenazas

¿Cuáles son los obstáculos externos a los que se enfrenta la organización?

¿Cuál es la dependencia económica de la organización?

¿Cambios políticos, sociales, culturales, tecnológicos etc., que amenacen la organización?

¿Existen amenazas o dificultades graves, que podrían afectar la existencia de la organización?

b) Matriz de estrategias

Análisis FODA

	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Análisis FODA	Lista de fortalezas	Lista de debilidades
Oportunidades (O)	Estrategias (FO)	Estrategias (DO)
Lista de	Su finalidad es usar las fortalezas, para	Su finalidad es minimizar las



oportunidades	aprovechar las oportunidades.	debilidades, aprovechando las oportunidades.
Amenazas (A)	Estrategias (FA)	Estrategias (DA)
Lista de amenazas	Su finalidad es usar las fortalezas, para evitar o reducir las amenazas.	Su finalidad es minimizar debilidades y reducir las amenazas.

4.2.2.2. Aplicación del análisis FODA al hospital:

a) FODA

Fortalezas:

- Aceptable imagen institucional.
- Gratuidad en los servicios y atenciones médicas.
- Cuenta con programas sociales a favor de la comunidad.
- Apertura a la rendición de cuentas.
- Personal médico de buen nivel.

Debilidades:

- Infraestructura inadecuada para la actualidad del hospital.
- Urgencias de herramientas tecnológicas en el manejo de Historias clínicas de pacientes.
- Presencia de puestos con rotación constante.
- Falta de seguimiento del impacto del Código de Ética.
- Falta de actualización de su página WEB.
- Necesidades de capacitación del personal en ciertas áreas.

Oportunidades:

- Se cuenta con proyectos de readecuación para la ampliación del hospital. (Proyección para pasar de ser un hospital de 25 a 70 camas)



- Implementación de herramientas tecnológicas en el manejo de información de pacientes.
- Cambios en el marco jurídico con ámbito positivo.

Amenazas:

- Falta de autonomía económica.
- Incumplimientos en la asignación presupuestaria por parte del Estado.
- Crecimiento en la demanda de usuarios.
- Cambios en el marco jurídico que afectan negativamente.

b) Establecimiento de las estrategias generales.

Estrategias (FO):

- Establecer planes de estructuración para un hospital de 70 camas.
- Mejorar la socialización de sus canales de comunicación, como es su página WEB.

Estrategias (FA):

- Establecer planes de estructuración para un hospital de 70 camas.
- Proponer planes de financiamiento para ampliación del hospital.

Estrategias (DO):

- Mejorar los procesos de inducción del personal nuevo al hospital.
- Incrementar los planes de capacitación al personal.
- Establecer planes para automatizar sus sistemas en coordinación con las disposiciones del MSP.

Estrategias (DA):

- Establecer planes de estructuración para un hospital de 70 camas.
- Renovar los compromisos establecidos en el código de ética del hospital, para fomentar un buen ambiente laboral.



4.2.3. Propuesta de un programa de inducción al personal nuevo

Se propone el siguiente programa para mejorar el proceso de inducción, mismo que permitirá al personal nuevo lograr una incorporación y familiarización con la institución más rápida, además de permitir ejercer un mejor control en vista a la continua rotación de personal, debido a los procesos de duración de los contratos laborales.

4.2.3.1. Contenido

a) **Objetivo:**

Facilitar el proceso de adaptación del personal nuevo a la institución, tanto en la familiarización con la filosofía del hospital, cuanto con sus políticas, normas, funciones y procedimientos que se deben cumplir.

b) **Justificación:**

Debido a la amplia rotación del personal en servicios de atención médica causada por la modalidad de duración de los contratos, que por lo general tienen dos años de vigencia máxima, aproximadamente se cambian 14 empleados por año.

Alcance:

Será de aplicación para todo el personal ingresante al hospital cantonal "Moreno Vásquez" de Gualaceo.

c) **Principales políticas y normas institucionales:**

Políticas:

- Todo personal ingresante deberá pasar por el proceso de inducción.
- La efectividad del programa será revisada periódicamente, por lo menos tres veces en el año.
- La información del programa deberá ser actualizada periódicamente, conforme se presenten cambios informativos de la institución.
- Parte del programa podrá ser aplicado incluso al personal ya ingresado, en caso de considerarse necesario.



- Toda inducción finalizará con su respectiva evaluación.

Normas:

- La Dirección de Talento Humano será la responsable de llevar dicho proceso.
- Se entregará al empleado nuevo el respectivo folleto institucional donde conste: historia, misión, visión y objetivos institucionales, el Código de Ética, normas de seguridad laboral, manual de funciones y procedimientos.
- La inducción específica será de responsabilidad del jefe inmediato superior, donde ingrese el nuevo personal.

d) Temas a informar

- Breve reseña histórica de la institución
- Misión
- Visión
- Objetivos institucionales
- Código de ética
- Servicios que ofrece al público
- Políticas institucionales
- Normas de seguridad y bioseguridad
- Manuales de funciones y procedimientos
- Otros

e) Etapas:

- **Etapas de recepción:** Esta etapa inicia desde el ingreso del empleado a la institución.
- **Etapas de inducción general:** Esta etapa busca proporcionar al empleado nuevo información general de la institución, para familiarizarlo y lograr una efectiva trasmisión de la filosofía y aspectos institucionales.



- **Etapas de inducción específica:** Esta etapa busca proporcionar al empleado información ya específica de su cargo, funciones, normas y procedimientos que debe desempeñar en su área de trabajo.
- **Etapas de evaluación y seguimiento:** Esta etapa busca obtener una calificación al programa, para tomar correctivos o validar su correcto funcionamiento.

4.2.3.2. Etapas de inducción

Etapa de recepción

N°	Actividad	Responsable
1	Elaboración de una lista de nuevo personal a incorporar.	Talento Humano Distrital
2	Establecimiento de la fecha para la incorporación.	Talento Humano Distrital
3	Recepción del nuevo personal.	Talento Humano Distrital
4	Direccionamiento del personal nuevo al sitio de trabajo.	Talento Humano Distrital
5	Comunicación al personal nuevo sobre el objetivo del programa de inducción.	Talento Humano Distrital

Etapas de inducción general

N°	Actividad	Responsable
1	Presentación del empleado o empleados nuevos ante la máxima autoridad.	Talento Humano Distrital
2	Palabras de bienvenida al empleado o empleados nuevos.	Director General
3	Indicación breve de la historia, misión, visión, objetivos y código de ética de la institución.	Director General
4	Presentación del nuevo personal a su jefe inmediato superior.	Talento Humano Distrital
5	Entrega del folleto de información institucional.	Talento Humano Distrital

Etapas de inducción específica

N°	Actividad	Responsable
1	Recepción del empleado o empleados en la respectiva unidad de trabajo.	Jefe inmediato superior
2	Comunicación al personal nuevo sobre información del cargo, manual de funciones, procedimientos y normas de seguridad laboral.	Jefe inmediato superior
3	Presentación al nuevo empleado o empleados con el grupo de trabajo.	Jefe inmediato superior



Etapa de evaluación y seguimiento

N°	Actividad	Responsable
1	Entrega al empleado o empleados del formulario de evaluación del programa de inducción.	Talento Humano Distrital
2	Recepción del o de los formularios para análisis posterior de los resultados obtenidos.	Talento Humano Distrital
3	Archivo del o de los respectivos formularios.	Talento Humano Distrital

Elaborado: Diego Chimbo D.



4.2.3.3. Formulario de seguimiento

Señale con una X, la respuesta que considera adecuada.

1.- Calificación del lugar donde se desarrolló la capacitación.

Excelente____ Aceptable____ Deficiente____

2.- Calificación del desenvolvimiento de los facilitadores.

Nombre del facilitador_____

Excelente____ Aceptable____ Deficiente____

Nombre del facilitador o jefe inmediato _____

Excelente____ Aceptable____ Deficiente____

3.- Calificación del material de apoyo recibido.

Excelente____ Aceptable____ Deficiente____

4.- Recibió Ud. información referente a:

Información institucional: Sí ____ No____

Su cargo y funciones Sí____ No____

Políticas y normas instituciones Sí ____ No____

Manual de normas de seguridad laboral Sí____ No____

Manual de procedimientos Sí____ No____



5.- Calificación general del programa de inducción.

Excelente____ Aceptable____ Deficiente____

Recomendaciones y sugerencias para el programa de inducción.

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.3.4. Presupuesto

Descripción	Valor
Materiales: Hojas, esferos, lápices, etc.	\$ 50,00
Impresiones. (Folletos y formularios)	\$ 120,00
Refrigerios. (De considerarse.)	\$ 80,00
Suministros varios.	\$ 20,00
Total	\$270,00

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.4. Propuesta de implementación de un manual de procedimientos

Como complemento al programa de inducción, se consideró el desarrollo de un manual enfocado en los principales procesos que realiza el hospital que son: consulta externa, hospitalización y emergencia, de acuerdo a la normativa de gestión de procesos del MPS, como una herramienta de control interno que permitirá mejorar la gestión y control de las operaciones del hospital. A continuación se presenta la estructura propuesta:



-Introducción

- Objetivos
- Alcance
- Políticas
- Marco Legal

-Formatos

- Ficha de caracterización
- Simbología del diagrama de flujo

-Procesos

- **Consulta externa**
Proceso de consulta externa
- **Hospitalización**
Proceso de hospitalización
- **Emergencia**
Proceso de ingreso a emergencia

-Diagrama de flujo

-Definiciones

-Anexos (Anexo N° 4)

4.2.4.1. Contenido

a) Introducción:

El Hospital Cantonal “Moreno Vásquez” de Gualaceo brinda servicios de hospitalización con cuatro especialidades en: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología, a más del servicio de consulta externa y emergencia.

El servicio de hospitalización se encarga de brindar atención médica a pacientes, que requieran procedimiento de diagnóstico y tratamiento que no



puedan llevarse a cabo de forma ambulatoria y cuenta con 25 camas distribuidas en: clínica 9, cirugía 6, ginecología 5 y pediatría 5, el servicio de emergencia que brinda servicio a pacientes que requieran una atención inmediata cuenta con 3 camillas separadas y un equipo adecuado para la atención con 2 ambulancias y para consulta externa que se encarga del diagnóstico y tratamiento ambulatorio de pacientes, el hospital cuenta con 7 consultorios.

El levantamiento de información fue realizado en diciembre de 2014, para lo cual se contó con las facilidades del caso, tanto en el acceso a la información, colaboración de los funcionarios y se llevó a cabo por medio de entrevistas abiertas al personal y observación de los procedimientos.

b) Objetivos:

b.1. Objetivo general:

Contar con un instrumento de apoyo administrativo que permita complementar una efectiva inducción del personal.

b.2. Objetivos específicos:

- Definir los procedimientos que se deben llevar a cabo en cada proceso.
- Delimitar responsabilidades del personal dentro de los procesos.
- Mejorar los procesos de inducción de personal nuevo.

c) Alcance:

El presente manual se enfocará en los procesos de: consulta externa, hospitalización y emergencia.

d) Observaciones generales:

- Se definen los procedimientos comunes y de forma general desde el punto de vista operativo administrativo y no con especialidad médica.



- Se requerirá actualizaciones permanentes para que mantenga su vigencia.

e) Principales políticas y normas:

Políticas generales

- **Consulta Externa**

- Todo paciente requerirá previamente obtener un turno vía ventanilla o mediante llamada al 171.
- Todo paciente debe contar con su ficha de historia clínica, en caso de primera visita esta deberá ser generada.
- Todo paciente debe presentar en admisiones su cédula o carnet de salud del MSP.
- Todo paciente debe presentarse 30 minutos antes de la cita médica.
- Todo paciente debe pasar previamente por la respectiva estación de preparación.
- La duración máxima de la consulta médica será de 20 minutos.

- **Hospitalización**

- Todo paciente que ingrese debe contar con la respectiva orden de ingreso sellada por Admisiones.

Para la intervención al paciente:

- Debe previamente existir el documento de consentimiento de la intervención, firmado por el paciente o representante de ser el caso.
- Los pacientes mayores a 15 años, deben presentarse un día antes hasta las 16:00.
- Los pacientes menores a 15 años, deben presentarse el mismo día hasta las 07:00.
- El paciente debe presentarse sin joyas, celulares u objetos de valor.

Acogida al paciente:

- Verificación de datos del paciente.



- Recibir al paciente y familiarizarlo con la habitación.
- Indicar y entregar la ropa que usará para su estancia.
- Ubicar sus pertenencias básicas.
- Indicaciones generales de estancia.

Visitas:

- Toda visita pasará previo control de la guardianía de seguridad de turno.
- Las visitas de los pacientes no podrán ingresar alimentos.
- Podrán ingresar un máximo de 2 personas por visita.

Interconsulta:

- La interconsulta puede ser interna con personal médico del propio hospital o externa con profesionales de otras instituciones del MSP.

Traslado a otro centro hospitalario:

- Todo traslado incluirá el formulario de referencia, emitido por el médico tratante.
- La Red de Pública de Salud será activada de considerarse necesario.

En caso de fallecimiento del paciente:

- El médico tratante será quien certifique el fallecimiento.
- Personal de enfermería retirará todos los apósitos o utensilios médicos del paciente ya fallecido.
- Personal de enfermería preparará el cuerpo para la respectiva autopsia (en caso de requerirse)
- Personal de enfermería colocará los distintivos de identificación junto al cuerpo del fallecido.
- Personal de enfermería contactará con los familiares para comunicar el fallecimiento del paciente.

- **Emergencia**



El paciente previa atención debe pasar por la etapa de triaje, para determinar el grado de prioridad de la emergencia:

- Nivel I:
Pacientes con alteración súbita, que presentan un estado de salud crítico y que requieren atención inmediata.
- Nivel II:
Pacientes con estado de salud grave, que requieren atención en menos de 10 minutos.
- Nivel III:
Pacientes que por su estado no evidencian riesgo de muerte, ni presentan problemas que comprometan complicaciones serias.
- Nivel IV:
Pacientes que no se encuentran con un estado de salud que afecte sus funciones vitales, teniendo que ser referido para consulta externa o recibir únicamente tratamiento sintomático.
- Nivel V:
Pacientes sin gravedad que deben ser referidos a consulta externa o que deben recibir únicamente tratamiento sintomático.

Políticas de horarios

- **Consulta Externa**

- Ventanilla horario de atención: lunes a viernes de 08:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00.
- Teléfono 171 horario de atención: 07:00 a 19:00 y sábado, domingo y feriado de 08:00 a 14:00.

- **Hospitalización**

- Horario de visita de lunes a domingo: 12:00 a 13:30.

- **Emergencia**

- Atención las 24 horas.

Políticas de documentación

- Las recetas cumplirán los protocolos de llenado:



- Nombre del paciente.
- Número de Historia clínica.
- Fecha.
- Lista de medicamentos que sean genéricos.
- Firma y sello del médico.
- Dosis, indicaciones y tratamiento.
- Admisiones presentará un informe de altas médicas diariamente.
- Admisiones presentará un informe de rotación y censo de camas diario.
- Toda documentación del paciente será archivada en su respectiva historia clínica.
- Los responsables del manejo de las ambulancias, emitirán un informe de movilidad, con reportes diarios.
- Emergencia y hospitalización entregarán la documentación necesaria, en caso de recuperación de costos con los respectivos sellos (coordinación con el proceso de recuperación de costos).

Políticas de seguridad y salud

- Todas las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, pueden ser prevenidas.
- Ninguna situación de emergencia puede justificar la desatención de la seguridad o salud en el trabajo de las personas.
- Trabajar de manera segura es una condición de empleo.
- El compromiso y la capacitación, sobre seguridad de todo el personal es esencial.
- El personal siempre usará el uniforme y las prendas respectivas de protección al momento de desarrollar sus funciones.
- Todas las personas tienen la responsabilidad de cuidar su seguridad y la de los demás.

Normas de bioseguridad en atención médica

- Mantener el lugar de trabajo en condiciones óptimas de higiene.
- No fumar dentro de la institución.



- No ingerir alimentos durante las horas laborables en el lugar de trabajo.
 - Manejo de equipos e instrumentos médicos con aseo y limpieza.
 - No usar joyas durante las horas laborales.
 - Cumplimiento del lavado de manos antes y después de cada procedimiento.
 - Cumplimiento de los protocolos: en el uso de guantes, manejo de ropa contaminada, muestras de laboratorio y sustancias potenciales de infecciones.
 - Para el manejo de desechos hospitalarios se colocarán en una funda roja los contaminantes y en una negra los que no son contaminantes.
 - Cumplimiento de todos los protocolos de bioseguridad en las diferentes especialidades.
- e) Marco Legal:
- Acuerdo Ministerial 1537 del MSP con fecha de publicación 25/09/2012. (Documento que detalla las funciones de los diferentes procesos y responsables.)
 - Guía para el autolevantamiento de los procesos MSP 2013.
 - Normas de bioseguridad MSP.



4.2.4.2. Formatos

4.2.4.2.1. Ficha de caracterización







LOGOTIPO:	VERSIÓN: (fecha y número de versión)
PROCESO:	Ingresar el nombre de acuerdo a lo definido en el catálogo de procesos. (Se debe incluir versión y logotipo)
SUBPROCESOS:	Enlistar el nombre de los subprocesos pertenecientes al proceso y que están contenidos en el catálogo.
OBJETIVO:	Qué se desea lograr o alcanzar con el proceso. Deberá responder a las preguntas ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Para qué?
ALCANCE:	Desde: La primera actividad con la que se inicia el proceso Hasta: La última actividad del proceso. Agregar además el ámbito de aplicación del proceso, es decir, quién lo ejecuta (usuarios) y dónde se ejecuta el mismo.
PROVEEDORES:	Persona o unidad que provee de insumos a lo largo del proceso. Pueden ser internos o externos.
DISPARADOR:	Describir el evento o condición que causa el inicio o activación del proceso.
INSUMOS:	Es el conjunto de materiales, datos o información que sirven para la ejecución del proceso.
PRODUCTOS/ SERVICIOS:	Es el resultado esperado del proceso, el que se encuentra descrito en el objetivo del proceso.
CLIENTES INTERNOS:	Persona o unidad que pertenece al Ministerio de Salud Pública que recibe el producto o servicio.
CLIENTES EXTERNOS:	Persona/ institución estatal o privada que recibe el producto o servicio que no pertenece al Ministerio de Salud Pública.
POLÍTICAS:	Lineamientos operativos que facilitan la ejecución del proceso.




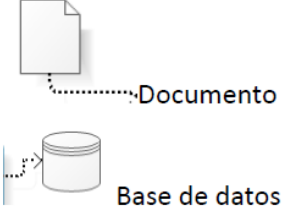




CONTROLES:	Enunciar el marco legal o técnico vigente que sustenta el proceso. Ejemplo: Normativa legal. Manuales, Reglamentos, instructivos etc.		
RECURSOS:	Talento humano:	Describir el detalle de talento humano necesario para la ejecución del proceso.	
	Materiales y equipos:	Describir el detalle de materiales y equipos utilizados en el proceso.	
	Tecnológicos:	Describir el detalle de software utilizado.	
	Financieros:	Describir el detalle.	
FRECUENCIA:	Periodicidad con la que se realiza el proceso. Ejemplo: diaria, semanal, quincenal, mensual, anual, etc.		
VOLUMEN:	El número de veces que se realiza el proceso dentro de la frecuencia determinada.		
DESEMPEÑO:	Nombre	Frecuencia	Fórmula
	Nombre del indicador.	Periodicidad con la que se va a medir el indicador.	Describe la manera en que se va a calcular el indicador.
ANEXOS:	Son los documentos complementarios que permiten la ejecución del proceso, el proceso debe llevar adjuntos todos los documentos que se generan en el proceso. Ejemplo: Normativa legal vigente, formularios, instructivos, etc.		

Fuente: (DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN DE PROCESOS, 2013)

4.2.4.2.2. Simbología del diagrama de flujo

Elemento	Definición	Símbolo
Inicio	Indica el Inicio de un Proceso.	
Fin	Indica que el proceso ha terminado, es decir, cuando algún camino del flujo llega a este objeto, el proceso termina completamente, sin importar que existan más caminos del flujo pendientes y que pueda existir más de una forma de finalizar el proceso.	
Actividad	Representa el trabajo que es ejecutado dentro de un proceso de negocio. No está definida a un nivel más detallado y es ejecutada por una persona y/o una aplicación.	
Subproceso	Es una actividad compuesta que incluye un conjunto interno lógico de actividades (proceso) y que puede ser analizado en más detalle.	
Decisión exclusiva	Este símbolo es utilizado cuando únicamente se puede tomar uno de los dos caminos identificados, su uso más común es para la toma de decisiones.	
Compuerta inclusiva	Divergencia: Se utiliza cuando en un punto se activan uno o más caminos de varios caminos disponibles. Convergencia: Se utiliza para sincronizar caminos activados previamente por una compuerta	

	inclusiva usada como punto de divergencia.	
Elemento	Definición	Símbolo
Compuerta Paralela	<p>Divergencia: Se utiliza cuando varias actividades pueden realizarse concurrentemente o en paralelo.</p> <p>Convergencia: Permite sincronizar varios caminos paralelos en uno solo. El flujo puede continuar cuando todos los flujos hayan llegado a la figura.</p>	
Evento de Mensaje	Indica que un mensaje puede ser enviado o recibido. Si el evento de mensaje es de recepción, indica que el proceso no continúa hasta que el mensaje sea recibido.	 Envía  Recibe
Evento de temporización	Indica una espera dentro del proceso. Este tipo de evento puede utilizarse dentro del flujo de secuencia indicando una espera entre las actividades.	
Evento de Enlace	Este evento permite conectar dos secciones del proceso si se encuentran muy separadas, tal como lo haría un conector de secuencia. El evento de enlace ayuda a tener un flujo mejor ordenado.	 Envía al evento  Ingresar al evento

Elemento	Definición	Símbolo
Artefactos	Permite mostrar la información que una actividad necesita, como las entradas y las salidas. Es decir, representan los documentos, la información y otros objetos que son usados o actualizados como durante el proceso. Se asocian a los otros símbolos mediante una línea punteada.	
Línea de secuencia de flujo.	Representan la secuencia de las actividades.	
Línea de mensaje	Representan la interacción entre varios procesos o pools.	
Piscina (pool)	Actúa como contenedor de un proceso. El nombre del pool debe ser el del proceso.	
Carril (lane)	Son subdivisiones del Pool. Representan los diferentes participantes al interior de una organización.	


Fuente: (DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN DE PROCESOS, 2013)



4.2.4.3 Procesos

4.2.4.3.1. Consulta externa

4.2.4.3.1.1. Ficha de caracterización

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	FECHA: Diciembre 2014 VERSIÓN: 01
PROCESO:	Consulta Externa	
SUBPROCESOS:	Generación de turnos -Desde ventanilla. -Llamada al call-center 171	Trámite N° 1
	Preparación previa consulta.	Trámite N° 2
	Consulta médica.	Trámite N° 3
OBJETIVO:	Prestar atención médica integral efectiva y de calidad a los pacientes que requieran atención de tipo ambulatoria.	
ALCANCE:	Desde: Entrega del turno al paciente para la consulta	
	Hasta: La consulta médica del paciente	
PROVEEDORES:	Farmacia (Medicamentos e insumos médicos.)	
DISPARADOR:	Solicitud de turnos para cita de consulta externa	
INSUMOS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formularios. ➤ Medicamentos e insumos médicos 	
PRODUCTOS/ SERVICIOS:	Consultas médicas a pacientes	



CLIENTES INTERNOS:	Subprocesos del hospital	
CLIENTES EXTERNOS:	Comunidad en general (Gualaceo)	
POLÍTICAS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Priorizar la atención al paciente ➤ Brindar una atención de calidad al paciente ➤ Políticas generales y normas para consulta externa (numeral e) 	
CONTROLES:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento y supervisión de protocolos de atención al paciente. <u>Normativa</u> ➤ Acuerdo Ministerial 1537 del MSP, con fecha de publicación 25/09/2012. (Documento que detalla las funciones de los diferentes procesos). ➤ Normas de bioseguridad MSP ➤ Supervisión permanente de los responsables de los diferentes subprocesos. 	
RECURSOS:	Talento humano:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Admisiones ➤ Profesionales Médicos ➤ Personal de Enfermería/Preparación ➤ Personal de Farmacia
	Materiales y equipos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos hospitalarios ➤ Medicamentos y suministros médicos ➤ Suministros de oficina ➤ Bienes muebles ➤ Otros
	Tecnológicos:	➤ WIZARD 2.0
	Financieros:	De acuerdo al presupuesto asignado
FRECUENCIA:	Diaria	

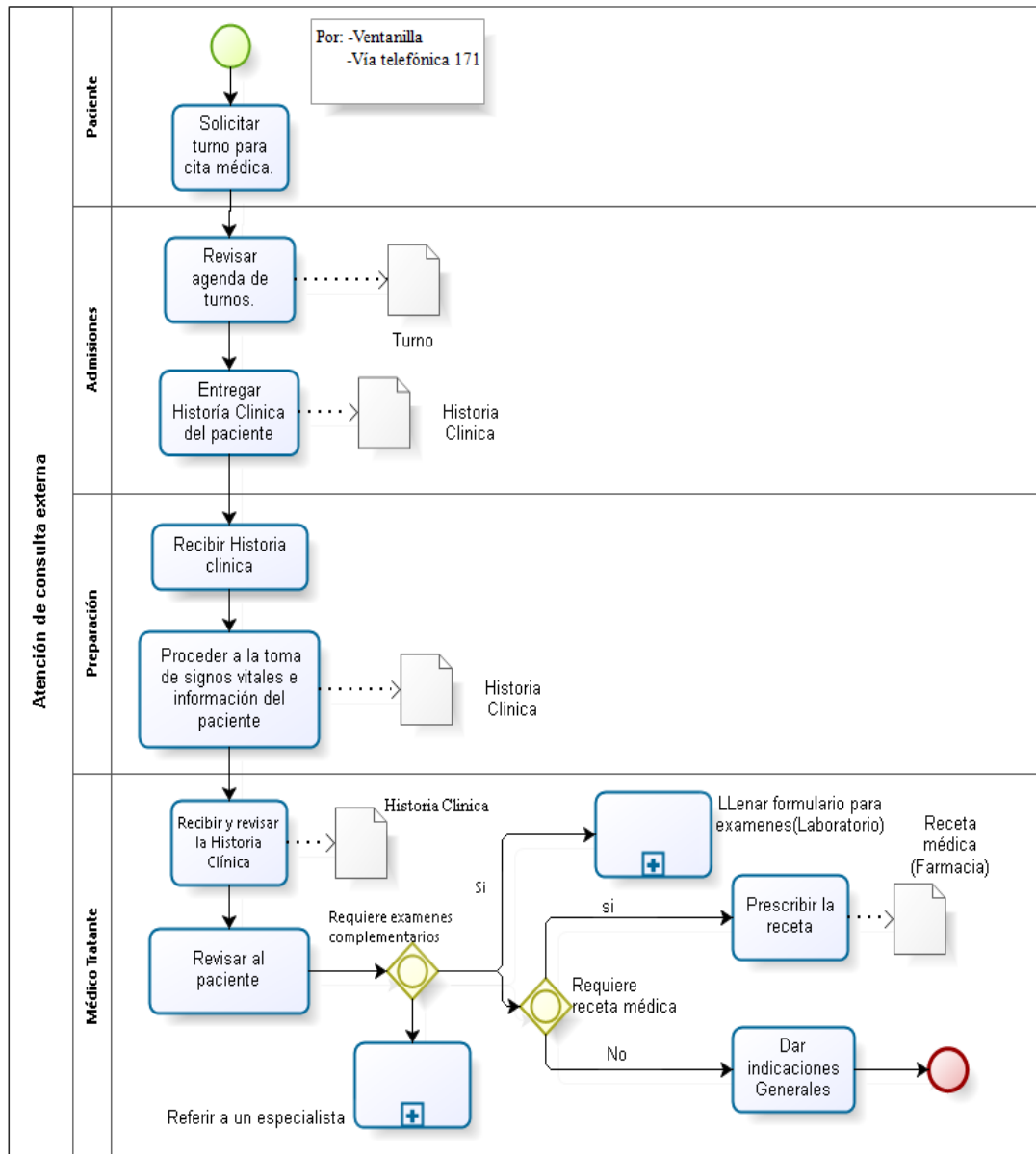


VOLUMEN:	Variable (60 turnos promedio)
-----------------	-------------------------------



DESEMPEÑO:	Nombre	Frecuencia	Fórmula
(Principal indicador)	% de pacientes atendidos.	Diaria	$\frac{\text{N}^\circ \text{ turnos entregados}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en consulta.}}$
ANEXOS:	Formularios y registros (Anexo N° 4)		

4.2.4.3.1.2. Diagrama de flujo



Nota: Cualquier subproceso dará por entendido finalizado el proceso de consulta externa.

Elaborado: Diego Chimbo D.

Fuente: Hospital "Moreno Vásquez".



4.2.4.3.1.3 Procedimientos

1. Generación de Turnos

PROCESO:	Consulta Externa	
SUBPROCESO:	Generación de turnos	Trámite N° 1
OBJETIVO:	Entregar el respectivo turno al usuario	
PROCEDIMIENTO		
Desde ventanilla		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Agendador de citas/Admisiones	Consultar agenda de citas médicas y entregar el turno al usuario, según disponibilidad. Requisitos a revisar: -Presentación de la cédula de identidad o carnet de salud (Número). -En caso de primera visita se procede a la creación de su Historia clínica.
2	Agendador de citas/Admisiones	Entregar el turno y dar indicaciones generales al paciente.
3	Personal de Admisiones	Buscar la Historia clínica del paciente y entregar a la respectiva estación de preparación.



Vía telefónica 171		
B	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Agendador de citas/Admisiones	Consultar agenda de citas médicas, designar una fecha de cita y proporcionar el respectivo código al usuario. (Horario de atención: lunes a viernes 07:00 a 19:00 y sábado, domingo y feriado de 08:00 a 14:00).
2	Agendador de citas/Admisiones	Solicitar el código, entregar el turno reservado y dar indicaciones generales al paciente. Requisitos: -Presentación de la cédula de identidad o carnet de salud (Número). -En caso de primera visita se procede a la creación de su Historia clínica.
3	Personal de Admisiones	Buscar la Historia clínica del paciente y entregar a la respectiva estación de preparación.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agendador de citas ➤ Personal de Admisiones 	
RESPONSABLE:	Líder de Admisiones	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Turno (Anexo 4.16) 	
SISTEMA	WIZARD 2.0	



INFORMÁTICO:	
---------------------	--

2. Preparación previa Consulta

PROCESO:	Consulta Externa	
SUBPROCESO:	Preparación previa consulta	Trámite N° 2
OBJETIVO:	Proceder a la toma de signos vitales del paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Personal de enfermería/Preparación	Recibir las Historias clínicas de los pacientes.
2	Personal de enfermería/Preparación	Proceder a la toma de los signos vitales y datos de paciente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatura ➤ Presión ➤ Altura ➤ Peso
3	Personal de enfermería/Preparación	Entregar la Historia clínica a los respectivos consultorios.
PERSONAL IMPLICADO:	➤ Personal de Enfermería de Preparación	
RESPONSABLE:	Líder de Estación de Preparación	
REGISTRO DOCUMENTAL:	Historia clínica	
SISTEMA	Ninguno	



INFORMÁTICO:	
---------------------	--

3. Atención Médica


PROCESO:	Consulta Externa	
SUBPROCESO:	Atención médica	Trámite N° 3
OBJETIVO:	Proporcionar la atención médica al paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico/Consulta Externa	Recibir las Historias clínicas de los pacientes.
2	Médico/Consulta Externa	Revisar la Historia clínica del paciente y proceder a evaluar la situación del paciente.
3	Médico/Consulta Externa	<p>Establecer el diagnóstico médico del paciente.</p> <p>Posibles casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar recomendaciones médicas. ➤ Prescribir la receta médica. ➤ Solicitar exámenes complementarios de laboratorio o imagenología, se requiere llenar los respectivos formularios de solicitud. ➤ Dar traslado para un especialista ➤ Otros



4	Médico/Consulta Externa	Registrar toda la información en la Historia clínica del paciente y entregar a Admisiones para su respectivo archivo.
5	Personal/Admisiones	Recibir y archivar la historia clínica del paciente.
FIN		
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Médico tratante/Consulta Externa➤ Personal de Admisiones	
RESPONSABLE:	Médico tratante /Consulta Externa	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Historia clínica.➤ Receta médica. (Anexo 3.15) Color azul. Pruebas complementarias.➤ Formulario 012A/2008 (Anexo 4.9)➤ Formulario 012B/2008 (Anexo 4.9)➤ Formulario 010A/2008 (Anexo 4.10)➤ Formulario 010B/2008 (Anexo 4.10)	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	

4.2.4.3.2. Hospitalización

4.2.4.3.2.1. Ficha de caracterización

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	FECHA: Diciembre 2014 VERSIÓN: 01
PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESOS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Admisión del paciente ➤ Ingreso desde emergencia ➤ Ingreso desde consulta ➤ Ingreso quirúrgico previa programación. ➤ Ingreso desde otro centro de salud. ➤ Caso de no disponibilidad de camas. 	Trámite N° 1
	Atención de enfermería	Trámite N° 2
	Diagnóstico y plan terapéutico	Trámite N° 3
	Obtención de pruebas de diagnóstico	Trámite N° 4
	Referencia y contra-referencia	Trámite N° 5
	Gestión preoperatoria	Trámite N° 6
	Tratamiento y seguimiento	Trámite N° 7
	Alta médica <u>Casos especiales</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traslado interhospitalario 	Trámite N° 8



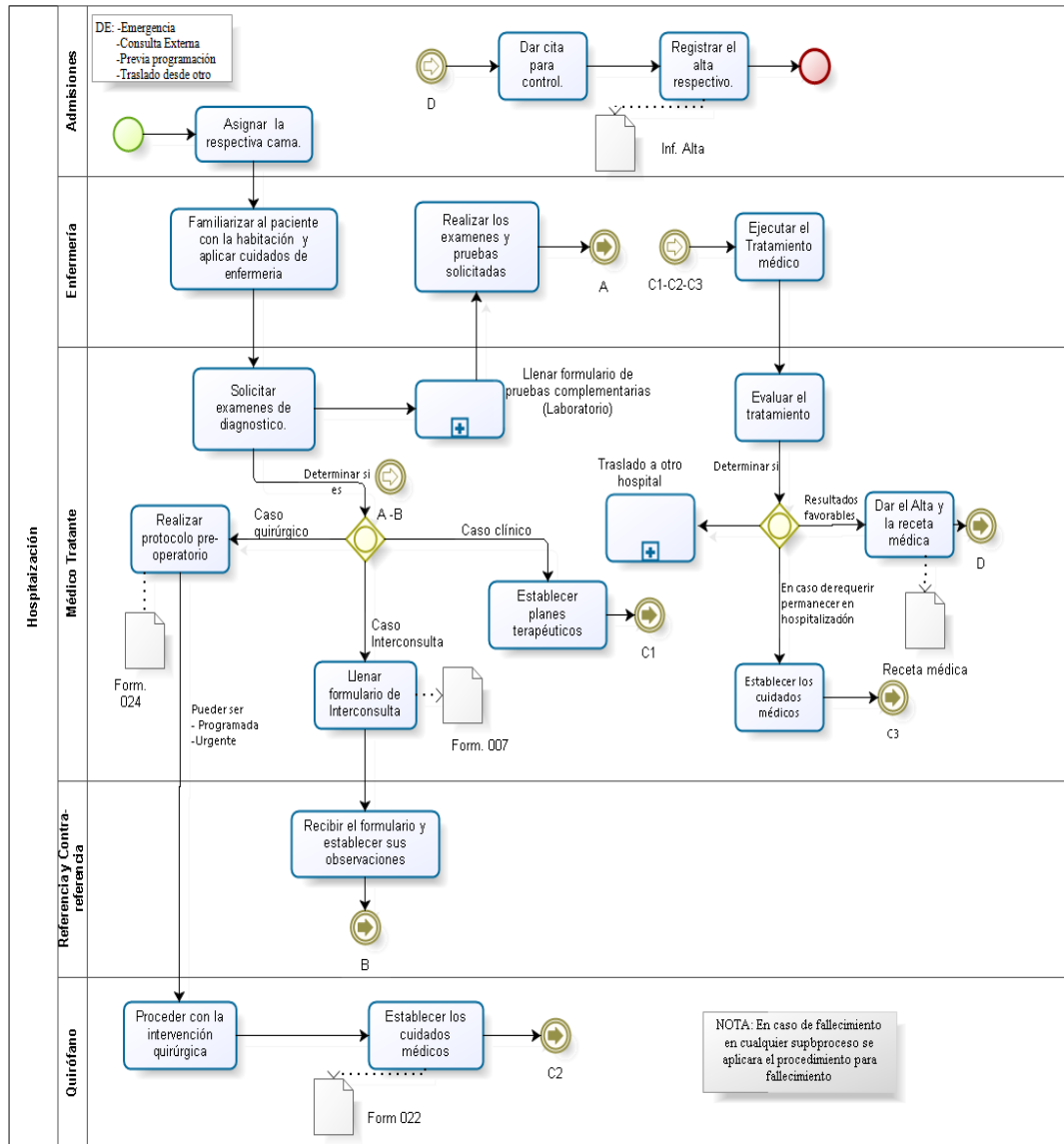
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso de fallecimiento 	
OBJETIVO:	Prestar atención intrahospitalaria a pacientes con patologías médicas /quirúrgicas que no pueden ser tratados de manera ambulatoria.	
ALCANCE:	Desde: Ingreso del paciente a la sala hospitalaria	
	Hasta: La respectiva alta médica (Consideración de casos especiales)	
PROVEEDORES:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Farmacia (Medicamentos e insumos) ➤ Nutrición (Alimentos) 	
DISPARADOR:	Identificación de servicio de hospitalización de pacientes	
INSUMOS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formularios ➤ Medicamentos e insumos médicos ➤ Alimentos 	
PRODUCTOS/ SERVICIOS:	Atención hospitalaria para restablecer su salud del paciente	
CLIENTES INTERNOS:	Subprocesos del hospital	
CLIENTES EXTERNOS:	Comunidad en general (Gualaceo)	
POLÍTICAS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Priorizar la atención al paciente ➤ Brindar una atención de calidad al paciente ➤ Políticas generales y normas para hospitalización (numeral e) 	
CONTROLES:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento y supervisión de protocolos de atención al paciente. <p style="text-align: center;"><u>Normativa</u></p>	



	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acuerdo Ministerial 1537 del MSP, con fecha de publicación 25/09/2012. (Documento que detalla las funciones de los diferentes procesos) ➤ Normas de bioseguridad MSP ➤ Supervisión permanente de los responsables de los diferentes subprocesos. 		
RECURSOS:	Talento humano:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Admisiones ➤ Profesionales Médicos ➤ Personal de Enfermería ➤ Personal de Farmacia ➤ Personal de Nutrición ➤ Personal Médico de interconsulta ➤ Personal de Laboratorio e Imagenología ➤ Celadores 	
	Materiales y equipos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos hospitalarios ➤ Medicamentos y suministros médicos ➤ Suministros de oficina ➤ Bienes muebles ➤ Ambulancia ➤ Otros 	
	Tecnológicos:	Ninguno	
	Financieros:	De acuerdo al presupuesto asignado	
FRECUENCIA:	Diaria		
VOLUMEN:	Variable (promedio 6 ingresos diarios)		
DESEMPEÑO: (Principal indicador)	Nombre	Frecuencia	Fórmula
	% de pacientes	Diario/Mensual/Anual	Nº Pacientes ingresados / Nº de

	atendidos		pacientes hospitalizados
ANEXOS:	Formularios y registros (Anexo N° 4)		

4.2.4.3.2.2. Diagrama de flujo



Nota: Cualquier subproceso dará por entendido finalizado el proceso de hospitalización.

Elaborado: Diego Chimbo D.

Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.



4.2.4.3.2.3. Procedimientos

1. Admisión del Paciente

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO :	Admisión del paciente	Trámite N° 1
OBJETIVO:	Registrar el ingreso del paciente a la sala hospitalaria.	
PROCEDIMIENTO		
Ingreso desde emergencia		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Personal de Emergencia	Solicitar una cama a Admisiones para el paciente. (Indicando datos del perfil del paciente).
2	Admisiones	Asignar una cama según disponibilidad
3	Celador	Proceder al traslado del paciente
4	Auxiliar de Enfermería/ Hospitalización	Confirmar a Admisiones el ingreso del paciente.
5	Admisiones	Registrar el ingreso del paciente a hospitalización.
Ingreso desde consulta		
B	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de	Solicitar una cama a Admisiones para el



	consulta	paciente.
2	Admisiones	Asignar una cama según disponibilidad
3	Celador	Proceder al traslado del paciente
4	Auxiliar de Enfermería/ Hospitalización	Confirmar a Admisiones el ingreso del paciente.
5	Admisiones	Registrar el ingreso del paciente a hospitalización.
Ingreso quirúrgico previa programación		
C	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante	Solicitar una cama a Admisiones para el paciente. (El médico tratante solicita a Admisiones la reserva de la cama para la futura intervención y entrega la hoja de instrucciones de preparación e indicaciones generales al paciente o familiares).
2	Médico tratante	Entregar al paciente el documento de consentimiento (el cual es firmado por el paciente o su representante legal de ser el caso).
3	Médico tratante	Comunicar al paciente su futuro ingreso (si se conoce la fecha y hora se la notifica).



4	Admisiones	Asignar una cama según disponibilidad. (Cuando llegue la fecha de intervención)
---	------------	--

5	Auxiliares de Enfermería/ Hospitalización	Confirmar a Admisiones el ingreso del paciente. (Una vez se llegue a la fecha de la intervención, en caso de no existir disponibilidad se aplazará dicha intervención).
6	Admisiones	Registrar el ingreso del paciente a hospitalización.

Ingreso desde otro centro de salud

D	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Admisiones otro centro/ médico tratante	Receptar y confirmar el pedido de ingreso de paciente de otro centro. (No siempre en casos urgentes, basta con la hoja de referencia).
2	Admisiones. (Otro centro)	Asignar una cama según disponibilidad
3	Auxiliares de Enfermería/ Hospitalización.	Confirmar a Admisiones el ingreso del paciente.
4	Admisiones.	Registrar el ingreso del paciente a hospitalización.



En caso de no disponibilidad de camas		
E	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Admisiones/ médico tratante	Solicitar el traslado del paciente a otro centro hospitalario. (No siempre se requiere la solicitud, basta con la hoja de referencia en casos emergente o la aplicación de la Red de Salud Pública respecto al convenio con clínicas privadas de ser el caso). Nota: En caso negativo se mantendrá al paciente en sala de observaciones.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Admisiones ➤ Personal de Emergencia ➤ Profesionales Médicos ➤ Auxiliares de Enfermería/hospitalización ➤ Celadores 	
RESPONSABLE:	Admisiones	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud de internación (Anexo 4.1) ➤ Formulario 005/2008 (Anexo 4.2) ➤ Formulario 024/2008 (Anexo 4.3) ➤ Formulario 008/2008 (Anexo 4.4) ➤ Historia clínica 	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



2. Atención de Enfermería

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Atención de enfermería	Trámite N° 2
OBJETIVO:	Brindar acogida y cuidados de enfermería al paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Personal de Enfermería/ Hospitalización	<p>Proceder al cumplimiento del protocolo de atención pre- hospitalaria al paciente: Una vez ingresado el paciente a la sala de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar los datos del paciente ➤ Recibir al paciente y familiarizarlo con la habitación. ➤ Indicar y entregar la ropa que usará para su estancia. ➤ Ubicar sus pertenencias ➤ Comunicar las indicaciones generales de estancia.
2	Personal de Enfermería/ Hospitalización	Realizar la valoración del paciente y registrar en el respectivo formulario.
PERSONAL IMPLICADO:	Personal de Enfermería	
RESPONSABLE:	Líder de Enfermería	
REGISTRO DOCUMENTAL:	Formulario 020/2008 (Anexo 4.5)	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



3. Diagnóstico y Plan Terapéutico

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Diagnóstico y plan terapéutico	Trámite N° 3
OBJETIVO:	Diagnosticar el estado de salud de paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante	Validar los diagnósticos preliminares y prescribir el tratamiento médico.
2	Farmacéutico	Conciliar el tratamiento farmacéutico prescrito por el médico.
3	Médico tratante	Solicitar de considerar necesario la realización de pruebas diagnósticas complementarias
4	Médico tratante	Informar a familiares o acompañantes el estado y situación del paciente
5	Médico tratante y Nutrición	Establecer el tratamiento médico y la dieta respectiva
6	Auxiliares de Enfermería/Hospitalización y Nutrición	Dar cumplimiento al tratamiento e indicaciones del médico tratante (incluir alimentación).
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Enfermería ➤ Médico de turno ➤ Personal Farmacéutico 	



	➤ Personal de Nutrición
RESPONSABLE:	Médico de turno
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulario 003 (Anexo 4.6) ➤ Formulario 004 (Anexo 4.7) ➤ Formulario 022/2008 (Anexo 4.8)
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno

4. Obtención de Pruebas de Diagnóstico

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Obtención de pruebas de diagnóstico	Trámite N° 4
OBJETIVO:	Obtener las pruebas médicas complementarias necesarias	
PROCEDIMIENTO		
Pruebas de laboratorio		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de turno	Llenar el formulario de solicitud de exámenes.
2	Auxiliar de Enfermería/Laboratorio	Realizar visitas diarias y revisar los formularios de solicitudes médicas.
3	Auxiliar de Enfermería/Laboratorio	Recolectar las muestras e individualizarlas para su posterior análisis, en caso de extracción de sangre estas se



		realizan antes del desayuno.
4	Auxiliar de Enfermería/Laboratorio	Entregar el formulario de resultados al médico tratante.
Pruebas de imagenología		
B	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de turno	Llenar formulario de requerimientos de exámenes que se consideren.
2	Celador	Trasladar al paciente a imagenología.
3	Personal de imagenología	Realizar los exámenes requeridos.
4	Auxiliar de Enfermería/Hospitalización	Entregar el formulario de resultados al médico tratante.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico de turno ➤ Personal de Enfermería ➤ Personal de Laboratorio e Imagenología 	
RESPONSABLE:	Médico de turno	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulario 012A/2008 (Anexo 4.9) ➤ Formulario 012B/2008 (Anexo 4.9) ➤ Formulario 010A/2008 (Anexo 4.10) ➤ Formulario 010B/2008 (Anexo 4.10) 	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



5. Referencia y contra-referencia

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Referencia y contra-referencia.	Trámite N° 5
OBJETIVO:	Consulta a otros especialistas	
PROCEDIMIENTO		
A.	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante	Llenar el formulario de referencia para solicitar una consulta con un especialista, sobre una determinada situación de salud de un paciente.
2	Especialista	Recibir el formulario de referencia y solicitar pruebas complementarias de ser necesario.
3	Especialista.	Establecer los respectivos resultados de su diagnóstico y prescribir el tratamiento respectivo.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico tratante ➤ Médico especialista 	
RESPONSABLE:	Médico especialista.	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulario 007/2008 (Anexo 4.11) 	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



6. Gestión preoperatoria

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Gestión preoperatoria	Trámite N° 6
OBJETIVO:	Preparar la intervención al paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico especialista/Personal de Enfermería	Informar al paciente o a sus familiares de ser el caso, las posibles implicaciones de la intervención. (Firma del paciente o representante del formulario de autorización y consentimiento).
2	Médico especialista/Anestesista	Coordinar con el anestesista pruebas complementarios de ser necesarias, previa la intervención. (Además de personal de enfermería que se requiera).
3	Médico especialista	Establecer la necesidad de requerimiento de sangre suplementaria para solicitar plaquetas globulares. (El hospital no cuenta con dpto. de hematología)
4	Médico especialista	Proceder a realizar la intervención.
PERSONAL	➤ Médico especialista	



IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Enfermería ➤ Anestesiastas
RESPONSABLE:	Médico especialista
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulario 017 (Anexo 4.12) ➤ Formulario 018 (Anexo 4.13) ➤ Formulario 024 (Anexo 4.3) ➤ Formulario 001/2008 (Anexo 4.14)
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno

7. Tratamiento y seguimiento

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Tratamiento y seguimiento	Trámite N° 7
OBJETIVO:	Proporcionar un tratamiento oportuno con su respectivo seguimiento al paciente.	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Personal de Enfermería/Hospitalización	Realizar el seguimiento conforme a las indicaciones médicas.
2	Médico tratante	Visitar y supervisar periódicamente la evolución del paciente.
3	Farmacéutico	Revisar y validar el tratamiento farmacológico prescrito por el



		médico.
4	Personal de Enfermería/Hospitalización	Proceder a la administración de medicamentos conforme las indicaciones prescritas por el médico.
5	Personal de Enfermería/Hospitalización	Comunicar a los familiares el horario de visita.
6	Personal de Enfermería/Hospitalización y nutrición	Coordinar con nutrición la dieta alimentaria, según las indicaciones médicas.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Médico tratante➤ Personal de Enfermería➤ Personal de Nutrición➤ Personal de guardia	
RESPONSABLE:	Médico de guardia	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Formulario 005/2008 (Anexo 4.2)	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



8. Alta Médica

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Alta médica	Trámite N° 8
OBJETIVO:	Otorgar la respectiva alta al paciente	
PROCEDIMIENTO		
Alta sin hospitalización domiciliaria		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante	Dar el alta médica y elaborar un respectivo informe.
2	Médico tratante	Informar paso a paso sobre los cuidados médicos a seguir tanto al paciente como a sus familiares.
3	Personal de Enfermería/Hospitalización	Entregar las recomendaciones de cuidado de enfermería al paciente o familiares.
4	Personal de Enfermería/Hospitalización	Informar a Admisiones el alta del paciente.
5	Admisiones	Registrar la salida del paciente
Alta con hospitalización domiciliaria (Este caso se da cuando la situación clínica del paciente, así lo permita.)		
B	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante.	Informar al paciente o familiares de ser el caso, la posibilidad de este tipo de hospitalización y luego de las respectivas indicaciones y aceptación, proceder a gestionar la misma.
2	Médico tratante.	Dar el alta y proceder con el traslado del paciente para la



		hospitalización domiciliaria con las indicaciones de cuidado y los respectivos tratamientos.
3	Médico tratante/Auxiliares de Enfermería	Gestionar visitas periódicas según el caso.
4	Personal de enfermería/Hospitalización	Informar a Admisiones el alta del paciente.
5	Admisiones	Registrar la salida del paciente
FIN		
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Médico tratante➤ Personal de Enfermería➤ Personal de Admisiones.	
RESPONSABLE:	Médico tratante	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Informe de alta	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



8.1 Traslado a otro centro hospitalario

PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Traslado a otro centro hospitalario	Trámite N° 8 (Caso especial)
OBJETIVO:	Trasladar al paciente a otro centro hospitalario	
PROCEDIMIENTO		
A.	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico tratante	Coordinar con un médico especialista o Admisiones de otro centro hospitalario la viabilidad del traslado.
2	Médico tratante	Llenar el formulario de referencia
3	Celador	Trasladar al paciente de ser el caso a una ambulancia, donde será transferido en compañía de un médico de turno, según el requerimiento.
4	Personal de Enfermería/Hospitalización	Informar a Admisiones la salida del paciente.
5	Admisiones	Registrar la salida del paciente
FIN		
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico de turno ➤ Médico especialista del centro de destino ➤ Auxiliares de Enfermería ➤ Celador ➤ Personal de Admisiones 	



RESPONSABLE:	Médico tratante
REGISTRO DOCUMENTAL:	➤ Formulario 007/2008 (Anexo 4.11)
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno



8.2 Caso de fallecimiento


PROCESO:	Hospitalización	
SUBPROCESO:	Caso de fallecimiento	Trámite N° 8 (Caso especial)
OBJETIVO:	Registro del fallecimiento del paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de turno	Solicitar al personal de enfermería/Admisiones ponerse en contacto con los familiares del paciente. (Caso de fallecimiento o en caso de posible fallecimiento)
2	Médico de turno	Comunicar el fallecimiento o la situación crítica del paciente a los familiares.
3	Médico de turno	Certificar la defunción y proceder con el protocolo de fallecimiento.
4	Médico de turno / Personal de enfermería/Hospitalización	Informar del fallecimiento del paciente a Admisiones
5	Celador	Trasladar el cuerpo con un elemento distintivo. (El traslado debe ser dentro de las 24 horas, debido a que el hospital no cuenta con morgue,



		en caso especial pasa a la morgue municipal).
6	Admisiones	Registrar el fallecimiento del paciente
FIN		
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Médico de turno➤ Personal de Admisiones.➤ Personal de Enfermería➤ Celador.	
RESPONSABLE:	Médico de turno	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Certificado médico	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	

4.2.4.3.3. Emergencia.

4.2.4.3.3.1. Ficha de caracterización

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	FECHA: Diciembre 2014 VERSIÓN: 01
PROCESO:	Emergencias	
SUBPROCESOS:	Ingreso del paciente	Trámite N° 1
	Atención médica	Trámite N° 2
	Alta médica	Trámite N° 3
OBJETIVO:	Prestar atención médica integral efectiva y de calidad a los pacientes que requieran una atención inmediata vital.	
ALCANCE:	Desde: Ingreso del paciente a emergencia	
	Hasta: El alta médica al paciente	
PROVEEDORES:	Farmacia. (Medicamentos e insumos médicos)	
DISPARADOR:	Solicitud de turnos para cita de consulta externa.	
INSUMOS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formularios. ➤ Medicamentos e insumos médicos. 	
PRODUCTOS/ SERVICIOS:	Consultas médicas a pacientes	
CLIENTES INTERNOS:	Subprocesos del hospital	
CLIENTES	Comunidad en general (Gualaceo)	

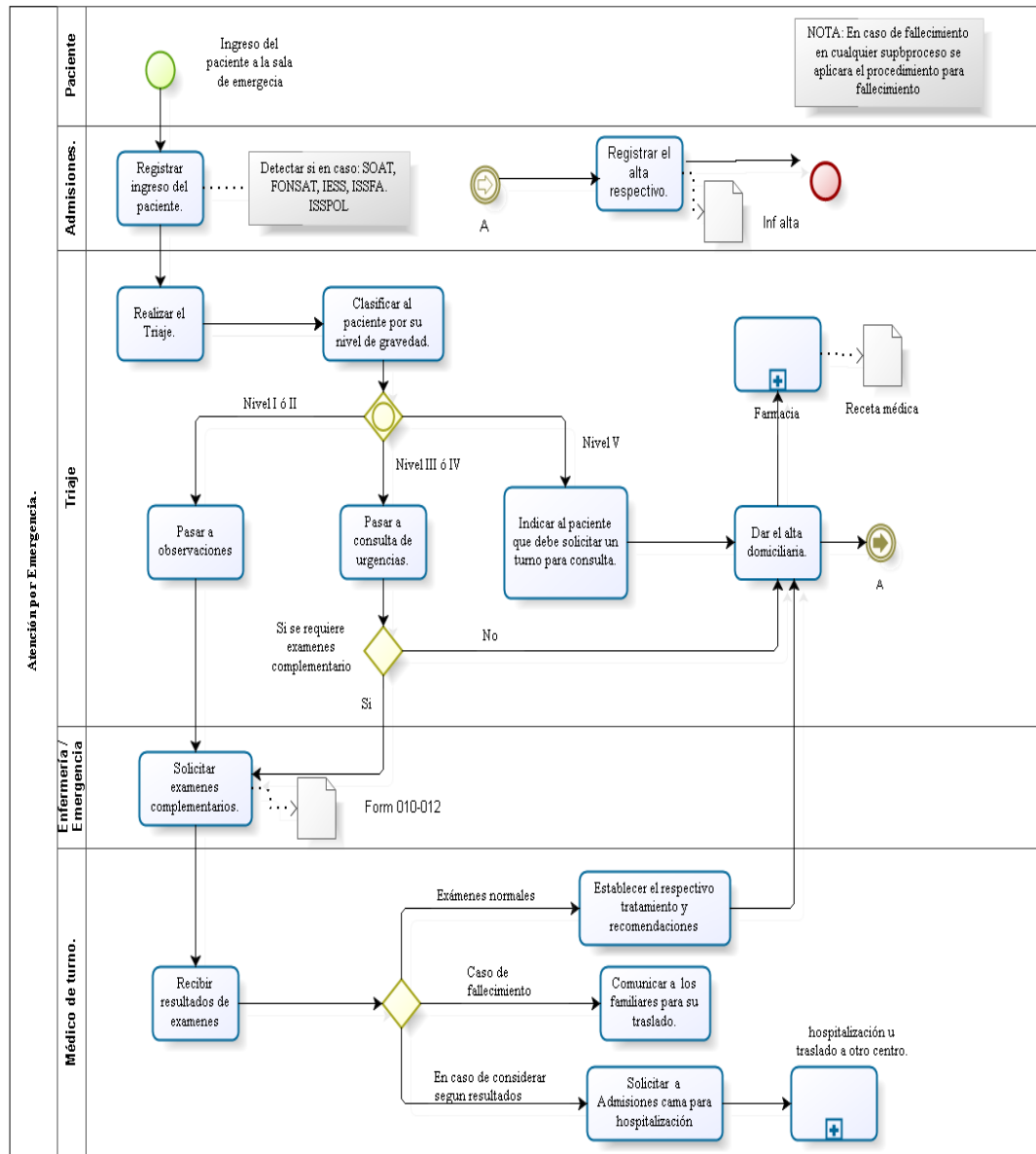


EXTERNOS:		
POLÍTICAS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Priorizar la atención al paciente. ➤ Brindar una atención de calidad al paciente. ➤ Políticas generales y normas para emergencia. (numeral e.) 	
CONTROLES:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplimiento y supervisión de protocolos de atención al paciente. <p><u>Normativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acuerdo Ministerial 1537 del MSP, con fecha de publicación 25/09/2012. (Documento que detalla las funciones de los diferentes procesos) ➤ Normas de bioseguridad MSP. ➤ Supervisión permanente de los responsables de los diferentes subprocesos. 	
RECURSOS:	Talento humano:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Admisiones ➤ Profesionales Médicos ➤ Personal de Enfermería ➤ Personal de Farmacia
	Materiales y equipos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos hospitalarios ➤ Medicamentos y suministros médicos ➤ Suministros de oficina ➤ Bienes muebles ➤ Ambulancia ➤ Otros
	Tecnológicos:	Ninguno
	Financieros:	De acuerdo al presupuesto asignado
FRECUENCIA:	Diaria	



VOLUMEN:	Variable (Promedio 48 casos de emergencia)		
DESEMPEÑO: (Principal indicador)	Nombre	Frecuencia	Fórmula
	% de pacientes atendidos por emergencia.	Diaria	Nº pacientes ingresado por emergencia/ Nº de pacientes atendido en emergencia.
ANEXOS:	Formularios y registros (Anexo N° 4)		

4.2.4.3.3.2. Diagrama de flujo



Nota: Cualquier subproceso dará por entendido finalizado el proceso de emergencia.

Elaborado: Diego Chimbo D.

Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.



4.2.4.3.3.3. Procedimientos

1. Ingreso del paciente a emergencia

PROCESO:	Emergencia	
SUPROCESO:	Ingreso del paciente a emergencia	Trámite N° 1
OBJETIVO:	Registrar el ingreso del paciente a la sala de emergencia	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Admisiones	<p>Identificar y registrar al paciente.</p> <p>(En caso de requerirse y poseer se accede a su Historia clínica, caso contrario se abre una ficha.)</p> <p>Nota: Considerar si corresponde a un caso de recuperación de costos y colocar el respectivo sello.</p>
2	Personal de Triage	<p>Valorar al paciente en el menor tiempo posible.</p> <p>Establecer niveles y orden de atención a pacientes a través del triaje:</p> <p>Nivel I.- Atención vital inmediata</p> <p>Nivel II.- Situación de emergencia</p> <p>Nivel III.- Situación de urgentes de potencial riesgo.</p> <p>Nivel IV.- Situaciones poco urgentes</p>



		Nivel V.- Situaciones no urgentes
3	Personal de enfermería/Emergencia	Proceder a la toma de signos vitales del paciente.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Personal de Admisiones.➤ Médico de turno.➤ Personal de Enfermería/Emergencia.➤ Personal de Triage.➤ Médico especialista. (En caso de interconsulta)	
RESPONSABLE:	Líder de Emergencia	
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Historia clínica	
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno	



2. Atención Médica

PROCESO:	Emergencia	
SUPROCESO:	Atención médica	Trámite N° 2
OBJETIVO:	Brindar la atención médica al paciente	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de turno/Emergencia	Interrogar al paciente o familiares sobre circunstancias o motivos del problema.
2	Médico de turno/Emergencia	Realizar la observación y diagnóstico preliminar de la situación del paciente.
3	Médico de turno/Emergencia	Solicitar exámenes complementarios de ser necesario.
4	Médico de turno/Emergencia	Prescribir el tratamiento inicial
5	Médico de turno/Emergencia	Realizar referencia con un especialista en caso de ser necesario.
6	Médico especialista	Establecer el diagnóstico y tratamiento interconsulta respectivo.
7	Personal de Enfermería/Emergencia	Dar cumplimiento al tratamiento médico.
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Admisiones. ➤ Médico de turno. ➤ Personal de Enfermería/Hospitalización. 	



	➤ Médico especialista. (En caso de interconsulta)
RESPONSABLE:	Líder de Emergencia
REGISTRO DOCUMENTAL:	➤ Historia clínica.
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno




3. Alta Médica

PROCESO:	Emergencia	
SUPROCESO:	Alta médica	Trámite N° 3
OBJETIVO:	Otorgar la respectiva alta al paciente. (Pueden presentarse casos especiales).	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Médico de turno/Emergencia	<p>Establecer la situación final del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alta médica <p>Casos especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospitalización ➤ Traslado a otro centro hospitalario ➤ En caso de fallecimiento (morgue)
2	Personal de Enfermería/Emergencia	<p>Informar a Admisiones la decisión médica.</p> <p>(En caso de hospitalización se procede a dar cumplimiento al proceso de hospitalización.)</p> <p>Nota: Enviar información para la recuperación de costos de ser el caso.</p>
3	Admisiones	Registrar la salida del paciente



FIN	
PERSONAL IMPLICADO:	<ul style="list-style-type: none">➤ Personal de Admisiones.➤ Médico de turno.➤ Personal de Enfermería/Hospitalización.➤ Médico especialista. (En caso de interconsulta)
RESPONSABLE:	Líder de Emergencia
REGISTRO DOCUMENTAL:	<ul style="list-style-type: none">➤ Historia clínica➤ Receta médica (Anexo 4.15)➤ Informe de alta médica
SISTEMA INFORMÁTICO:	Ninguno

En caso de entrega de medicamentos

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	FECHA: Diciembre 2014 VERSIÓN: 01
PROCESO:	Entrega de medicamentos e insumos médicos	
SUBPROCESOS:	Entrega de medicamentos externa a pacientes -Consulta Externa	
	Entrega de medicamentos interna a pacientes -Hospitalización -Emergencia	
OBJETIVO:	Entregar de manera oportuna y adecuada los medicamentos e insumo médicos a los pacientes y procesos internos del hospital.	
ALCANCE:	Desde: Recepción de receta médica o solicitud de insumos médicos	
	Hasta: Entrega de medicamentos e insumos médicos	
PROVEEDORES:	Bodega General (Medicamentos e insumos)	
DISPARADOR:	Entrega de receta médica o solicitud de insumos médicos	
INSUMOS:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formularios y recetas. ➤ Medicamentos e insumos médicos. 	
PRODUCTOS/ SERVICIOS:	Entrega de medicamentos e insumos médicos	



CLIENTES INTERNOS:	Subprocesos del hospital	
CLIENTES EXTERNOS:	Comunidad en general (Gualaceo)	
POLÍTICAS:	Entrega oportuna de medicamentos y en las condiciones adecuadas	
CONTROLES:	<p>Cumplimiento de requisitos de llenado de recetas y solicitudes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre del paciente ➤ Número de Historia clínica ➤ Fecha ➤ Lista de medicamentos que sean genéricos ➤ Firma y sello del médico ➤ Dosis, indicaciones y tratamiento 	
RECURSOS:	Talento humano:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de Farmacia ➤ Profesionales Médicos ➤ Personal de Enfermería
	Materiales y equipos:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicamentos y suministros médicos ➤ Suministros de oficina ➤ Bienes muebles ➤ Otros
	Tecnológicos:	➤ OLIMPO
	Financieros:	De acuerdo al presupuesto asignado
FRECUENCIA:	Diaria	
VOLUMEN:	Variable (50 turnos promedio)	



DESEMPEÑO:	Nombre	Frecuencia.	Fórmula
(Principal indicador.)	% de recetas atendidas	Diaria	N° recetas ingresadas/ N° de recetas entregadas
ANEXOS:	Formularios y registros (Anexo N° 4)		

Entrega externa de medicamentos a pacientes

PROCESO:	ENTREGA DE MEDICAMENTOS	
SUPROCESO:	Entrega externa de medicamentos a pacientes	
OBJETIVO:	Entregar de forma oportuna los medicamentos al paciente de consulta externa	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Auxiliar de Farmacia	<p>Recibir y revisar la receta médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre del paciente ➤ Número de Historia clínica ➤ Fecha ➤ Lista de medicamentos que sean genéricos. ➤ Firma y sello del médico ➤ Dosis, indicaciones y tratamiento.
2	Auxiliar de Farmacia	Revisar stock de medicamentos y registrar el egreso en el sistema de inventarios OLIMPO.



3	Auxiliar de Farmacia	Proceder a pedir firmar y colocar el número de cédula del paciente o representante en la receta para el retiro de medicamentos.
4	Auxiliar de Farmacia	Recortar la receta y entregar al paciente o representante la parte de las indicaciones en conjunto con las medicinas.
5	Auxiliar de Farmacia	Archivar la otra parte de la receta.
FIN		
PERSONAL IMPLICADO:	➤ Auxiliares de Farmacia	
RESPONSABLE:	Líder de Farmacia	
REGISTRO DOCUMENTAL:	➤ Receta médica (Anexo 4.15) Color azul: Consulta externa.	
SISTEMA INFORMÁTICO:	OLIMPO	



Entrega interna de medicamentos

PROCESO:	ENTREGA INTERNA DE MEDICAMENTOS	
ETAPA:	Entrega interna de medicamentos a pacientes. (hospitalización/emergencia)	
OBJETIVO:	Entregar de forma oportuna de medicamentos a paciente de la sala de hospitalización o emergencia. (COCHES-STOCK DE PARO)	
PROCEDIMIENTO		
A	Unidad/Rol	Actividad/Tarea
1	Auxiliar de Farmacia	Recibir y revisar la receta médica: <ul style="list-style-type: none">➤ Nombre del paciente➤ Número de Historia clínica➤ Fecha➤ Lista de medicamentos que sean genéricos.➤ Firma y sello del médico➤ Dosis, indicaciones y tratamiento (Casos internos puede firmar personal de enfermería).
2	Auxiliar de Farmacia	Revisar stock de medicamentos y registrar el egreso en el sistema de inventarios OLIMPO.
3	Auxiliar de Farmacia	Proceder a pedir firmar y colocar el número de cédula del paciente o representante en la receta para el retiro de medicamentos.
4	Auxiliar de Farmacia	Recortar la receta y entregar al paciente o representante la parte de la dosis, indicaciones y tratamiento en conjunto con las medicinas.
5	Auxiliar de Farmacia	Archivar la otra parte de la receta



FIN	
PERSONAL IMPLICADO:	➤ Auxiliares de Farmacia ➤ Auxiliares de Enfermería (Hospitalización)
RESPONSABLE:	Líder de Farmacia.
REGISTRO DOCUMENTAL:	➤ Receta médica (Anexo 4.15) Color amarillo: Emergencia Color rosado: Hospitalización
SISTEMA INFORMÁTICO:	OLIMPO

4.2.4.4. Definiciones

A continuación se presenta las siguientes definiciones de vocabulario clave, las cuales fueron tomadas principalmente en base al diccionario del MSP. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2013):

Actividad o procedimiento quirúrgico: Es la intervención al paciente, sea de manera total o parcial de lesiones originadas por enfermedades o accidentes.

Alta médica: Documentos emitidos por el médico tratante de un centro hospitalario, al finalizar el proceso asistencial que especifica un resumen de la historia clínica del paciente.

Ambulancia: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, encargada del traslado de pacientes.

Anamnesis: Información del paciente que es obtenida por el médico, a través de preguntas específicas.

Ambulatorio: Tratamiento o enfermedad, que no requiere que el paciente permanezca en una cama hospitalaria.



Atención pre-hospitalaria: Consiste en el servicio de atención médica al paciente, desde el momento del incidente hasta el transporte al establecimiento de salud.

Atención primaria: Asistencia sanitaria básica a todos los individuos y familias de la comunidad, en las condiciones y con los instrumentos necesarios.

Cama hospitalaria: Instalación de uso de pacientes hospitalizados, incluye recursos de personal, espacio, equipos y materiales para la atención médica.

Consentimiento informado: Es el consentimiento de una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, operación, etc., luego de haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes.

Consulta externa: Es un sector del establecimiento de salud destinado a la atención ambulatoria de individuos dentro de cada especialidad médica.

Distribución de medicamentos: Es un proceso de la gestión de suministro de medicamentos siendo importante la oportunidad en la entrega y cumplimiento de las especificaciones del pedido, como aspectos que facilitan los procesos administrativos y que permiten ingresar los productos.

Egresos de hospitalización: Es la salida del establecimiento de un paciente hospitalizado es decir la terminación del período de la hospitalización y la desocupación de una cama del hospital ya sea por alta o defunción.

Epicrisis: Periodo posterior a la crisis de una enfermedad.

Farmacia hospitalaria: Servicio que abarca la selección, preparación, conservación, formulación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, así como del asesoramiento sobre su uso seguro, eficaz y eficiente.

FONSAT: Es el Fondo del Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito, seguro que cubre gastos de la atención médica a víctimas de accidentes de tránsito, en el caso de vehículos fantasma o de vehículos que al momento del accidente no contaban con el seguro.



Historia clínica única: Registro escrito y organizado de todas las atenciones médicas dentro de una unidad clínica.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Ingreso a hospitalización: Es la entrada formal de un paciente a la sala hospitalaria del hospital de conformidad a los protocolos pre-establecidos.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

Manual de funciones: Consiste en una descripción de los puestos, características, perfiles, funciones y responsabilidades que debe cumplir cada uno del personal dentro de una organización.

Medicamento genérico: Todo medicamento que no se distribuye con su nombre comercial; sin embargo, posee todas las características del equivalente de marca.

Médico internista: Profesional médico especializado en la atención clínica integral del paciente en lo relacionado a sus órganos internos y que no requiera tratamiento en base a cirugía.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OLIMPO: Es un programa informático utilizado para el control de registro y stock de inventarios.

Paciente hospitalizado: Es la persona que ocupa una cama del hospital, mientras recibe atención de diagnóstico y/o tratamiento.

Preparación: Procedimiento previo a la consulta, donde se realiza un registro de signos vitales como temperatura, presión etc.

Presupuesto público: Es un instrumento que utiliza el Estado, mediante el cual se asigna recursos, en base a estimaciones para cubrir gastos con el fin de dar cumplimiento de metas y objetivos públicos.



Receta médica: Documento médico asistencial y de control, que permite la comunicación entre el prescriptor, dispensador (farmacia) y paciente.

Red pública de salud: Conjunto de establecimientos y centros de salud de diferentes niveles de complejidad, cuya combinación de recursos asegura la atención oportuna a los pacientes.

Referencia y contra-referencia: Procedimiento médico que consiste en una obtener otra opinión sobre el diagnóstico o situación de un determinado paciente, con otros especialistas, ya sea dentro o fuera del centro hospitalario.

Riesgo: Posibilidad de que un evento ocurra, mismo que afectará en forma negativa.

SOAT: Es el Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito, seguro que cubre gastos de la atención médica a víctimas de accidentes de tránsito.

Stock: Es el conjunto de mercadería, que se almacena para su posterior comercialización.

Subproceso: Es en sí un proceso, que hace parte de un proceso mayor o principal.

Trámite: Es un proceso administrativo que se realiza para lograr un resultado u objetivo específico.

Triaje: Es un método médico para la selección y clasificación de los pacientes basado en la priorización de requerimiento de atención inmediata vital.

WIZARD 2.0: Es un programa informático utilizado en el subproceso de admisiones, para agendar citas y poder llevar un control sobre ellas.

4.2.5 Propuesta de desarrollo de un plan de capacitación al personal en el manejo de herramientas y programas informáticos básicos.

Se propone el desarrollo de un plan de capacitación al personal del hospital para el mejoramiento en el manejo de herramientas y programas informáticos básicos, debido a que en la actualidad y con el avance tecnológico la mayoría de capacitaciones y comunicaciones se realizan de manera virtual, teniendo



como antecedentes las dificultades que ha expresado el personal en la encuesta respecto al uso de estas herramientas.

4.2.5.1. Plan de capacitación

- a) Beneficiarios: Personal del hospital “Moreno Vásquez” de Gualaceo.

Como primera fase se realizará una evaluación de diagnóstico al personal, para poder establecer niveles de conocimiento y poder dividirlos en grupos según las necesidades.

Se trabajará en grupos de un máximo de 10 personas por sesión, para garantizar una capacitación personalizada.

- b) Lugar: Auditorio del hospital (Sala informática)

- c) Modalidad: Presencial.

- d) Tiempo: 32 horas totales (12 teóricas y 20 prácticas)

- e) Objetivo general:

Capacitar al personal en el manejo de herramientas y programas informáticos básicos.

- f) Objetivos específicos:

- Lograr que el personal mejore sus conocimientos en programas de procesadores de texto, hojas de cálculo como: Excel, Word, Power Point entre otros.
- Lograr que el personal mejore sus conocimientos en el uso de navegadores de Internet.
- Contribuir a que el personal pueda llevar a cabo exitosamente sus cursos virtuales.
- Motivar al personal en su desarrollo personal y profesional.

- g) Metodología:



La capacitación será incluida dentro del plan de capacitaciones anuales de departamento de TIC en coordinación con Talento Humano del Distrito. El plan de capacitación estará dividido en dos partes: una teórica y otra práctica.

La capacitación estará a cargo del líder de TIC y contemplará el siguiente esquema:

1. Presentación del tema
 - Objetivo
 - Importancia
 - Metodología
2. Evaluación de conocimientos previos
3. Desarrollo del temario
 - Introducción al ambiente informático
 - Programa Microsoft Word.
 - Programa Microsoft Excel.
 - Programa Microsoft Power Point.
 - Instrucción referente a la navegación en Internet y sitios WEB.
4. Evaluación del aprendizaje

Programa de la capacitación

HORAS	ACTIVIDAD/TEMA	RESPONSABLE	MATERIALES
4	Introducción al ambiente informático	Líder de TIC	-Folletos
6	Programa Microsoft Word	Líder de TIC	-Guía de estudio -Cuaderno -Esferos
6	Programa Microsoft Excel	Líder de TIC	-Guía de estudio -Cuaderno -Esferos



4	Programa Microsoft Power Point	Líder de TIC	-Guía de estudio -Cuaderno -Esferos
10	Introducción al uso de Internet	Líder de TIC	-Guía de estudio -Cuaderno -Esferos
2	Evaluación de aprendizaje	Líder de TIC	-Formularios de evaluación

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.5.2. Presupuesto

Descripción	Valor
Materiales: hojas, esferos, lápices, etc.	\$ 60,00
Impresiones: guías de estudio, formularios etc.	\$ 100,00
Refrigerios (de considerarse)	\$ 120,00
Suministros varios	\$ 20,00
Total	\$300,00

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.6 Propuesta de desarrollo de un plan de socialización de la página Web del hospital

Se plantea un plan de socialización de la página WEB del hospital, con el propósito de que los usuarios la conozcan y utilicen y se convierta en un canal importante de comunicación del hospital.



4.2.6.1. Contenido

a) Objetivo:

Constituir a la página WEB del hospital en un canal de comunicación eficiente, fiable y oportuno, tanto para los usuarios internos y externos.

b) Justificación:

Con la socialización se busca que la página WEB se constituya en un medio de rendición de cuentas y como un canal de comunicación e interacción con los usuarios, con el fin de conocer sus opiniones, comentarios y sugerencias, para que así estas puedan ser puestas a consideración de la dirección permitiendo así una verdadera participación de los usuarios dentro de la gestión del hospital.

c) Alcance:

El contenido de la página WEB del hospital.

d) Base legal:

- La dirección de TIC será la responsable de llevar dicho proceso.
- Se cumplirán los estándares para páginas WEB establecidas en la LOTAIP.
- Cumplimiento de las NCI 500. Información y comunicación.
- Cumplimiento del manual de imagen institucional del MSP.

e) Temas a informar:

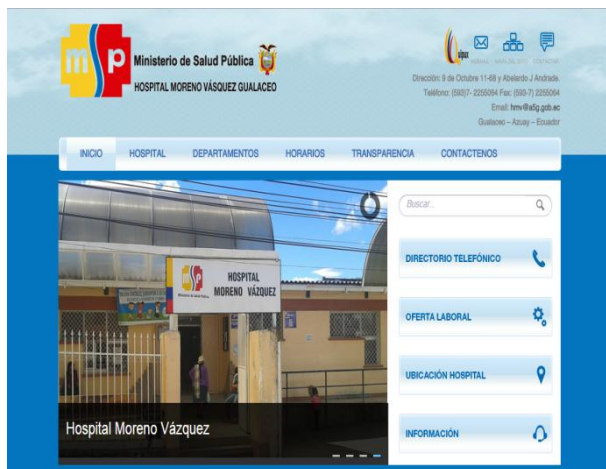
Según la LOTAIP (Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública) los documentos a informar son:

- Estructura orgánico funcional
- Directorio de la institución
- Remuneraciones mensuales
- Información sobre los servicios que ofrece
- Actas y resoluciones de la institución
- Procesos contractuales



- Formularios para solicitudes
- Información sobre el presupuesto
- Procesos de auditoría
- Planificación institucional

Página WEB del Hospital



Fuente: <http://a5g.gob.ec/>

4.2.6.2. Cuadro de actividades

N°	Actividad	Responsable	Documento
1	Formulación del plan de socialización	Líder de TIC	Plan de socialización
2	Desarrollo de las estrategias del plan. -Elaboración de carteles informativos. -Elaboración de folletos para entrega a los usuarios.	Líder de TIC	Plan de socialización
3	Asignación de un responsable para el manejo y actualización permanente de la página WEB.	Líder de Talento humano. (Distrito)	Manual de funciones
4	Evaluación del impacto de la página.	Líder de TIC	Informe de evaluación

Elaborado: Diego Chimbo D.



Incorporaciones a la página WEB

Estrategia	Detalle	Responsable
Establecer un espacio para receptar opiniones de los usuarios.	Información que permitirá conocer las opiniones que tienen los usuarios sobre los servicios del hospital.	Líder de TIC
Establecer un espacio para receptar comentarios y sugerencias de los servicios.	Información que permitirá conocer las sugerencias de cambios o necesidades de los usuarios del hospital.	Líder de TIC
Establecer un espacio para que el usuario califique la página.	Con el fin de obtener un conocimiento sobre el impacto en sí de satisfacción de usuarios con la página, si la información recibida resulta útil.	Líder de TIC
Delegar un responsable para el manejo de la página WEB.	Consiste en establecer un responsable para el manejo permanente de la página, que sea el encargado de receptar las opiniones para ponerlas a consideración a los directivos, y a su vez subir información de importancia para los usuarios.	Líder de TIC



Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.6.3. Presupuesto

Descripción	Valor
Elaboración de carteles.	\$ 70,00
Impresiones: folletos informativos.	\$ 85,00
Suministros varios.	\$ 15,00
Total	\$170,00

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.7 Propuesta de implementación de un mecanismo de seguimiento del personal amparado bajo el Código de Trabajo

4.2.7.1. Contenido

a) Objetivo:

Proporcionar un seguimiento del rendimiento de todo el personal, para detectar posibles debilidades y necesidades de capacitación.

b) Justificación:

Se plantea la incorporación de seguimiento de desempeño del personal amparado bajo el Código de Trabajo, con el fin de poder establecer los puntos débiles o deficiencias a fin de que sean corregidas mediante capacitaciones u observaciones puntuales, concientizando al personal que no se la realiza con un fin sancionador, sino con el propósito de promover la excelencia en el desempeño de sus funciones.

c) Alcance:

Personal amparado bajo el régimen del Código de Trabajo y será realizado de forma anual.



d) Base legal:

Cumplimiento de las NCI 407-04. Evaluación del desempeño del personal.

4.2.7.2. Cuadro de actividades

N°	Actividad	Responsable	Documento
1	Formulación del plan de seguimiento y asignación de responsables.	Líder de Talento humano (Distrito)	Plan de evaluación
2	Socialización al personal sobre la metodología de seguimiento. (Concientizar sobre la importancia de la evaluación en la búsqueda de la excelencia)	Líder de Talento humano (Distrito)	Oficio circular
3	Procedimiento del respectivo seguimiento al personal.	Líder de cada proceso	Formulario de seguimiento
4	Notificación al personal de los resultados.	Líder de Talento humano (Distrito)	Informe de resultados (memorando de notificación)
5	Recepción de solicitudes en caso de reclamos del personal, sobre los resultados.	Líder de Talento humano (Distrito)	Oficio de reclamo
6	Consolidación de los resultados del seguimiento.	Líder de Talento humano (Distrito)	Consolidado de resultados


7	Establecimiento de las medidas necesarias de acuerdo al análisis de resultados: ejemplo un plan de necesidad de capacitaciones.	Líder de Talento humano (Distrito)	Consolidado de requerimiento de necesidades de capacitación
---	---	------------------------------------	---

Elaborado: Diego Chimbo D.

4.2.7.3. Formulario de seguimiento

A continuación se presenta el formato del formulario:

Encabezado

	
Formulario de seguimiento de desempeño del personal	
DATOS	
Apellidos y nombres (Personal del hospital):	
Cargo:	
Apellidos y nombres del jefe inmediato superior:	
Periodo:	

Indicadores de las actividades del puesto

Indicadores de Gestión del puesto (Factor 60%)					
Descripción de actividades	Indicador	Meta	Cumplimiento	%	Nivel de cumplimiento



Total:					

Parametros de seguimiento

Competencias (Factor 40%)

Descripción	Relevancia	Cumplimiento	Observaciones
Conocimientos del puesto:	15%		
Aprendizaje continuo			
Conocimiento del entorno			
Cumplimiento de políticas y normas internas:	15%		
Políticas internas			
Horarios y asistencia			
Controles y protocolos internos			
Uniforme			
Normas de seguridad y bioseguridad.			
Otras especificas al área de labores.			



Trabajo en equipo: 10%

Filosofía institucional

Relaciones Humanas

Total:

Observaciones del jefe inmediato

Observaciones del jefe inmediato

(Si existen)

En caso de quejas de usuarios

Quejas de usuarios. (En caso de existir)

Nombre de la persona que realiza la queja o reclamo	Descripción (Formulario u oficio)	Observación y seguimiento
--	--	----------------------------------

Resultados

Valoración de resultados

Descripción	%
Gestión del puesto:	60%
Conocimientos del puesto:	15%
Cumplimiento de políticas y normas	15%



internas:

Trabajo en equipo: 10%

Quejas y reclamos usuarios (-)

Total: 100%

Fecha:


Firma del responsable (Jefe inmediato):

Elaborado: Diego Chimbo D.



Consolidado de resultados

Una vez finalizado el formulario se podrá manejar un consolidado total de resultados y en base de eso se puedan tomar decisiones tanto de llamados de atención e incorporar planes de capacitación en puntos débiles que se logren detectar.

 <p>Ministerio de Salud Pública HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ GUALACEO</p> <h3>Hospital Cantonal "Moreno Vásquez"</h3> <p>Periodo:</p> <p>Desde: _____ Hasta: _____</p> <p>Fecha de presentación: _____</p>						
Apellidos y Nombres	Cédula	Cargo	Calificación Jefe inmediato	Calificación del usuario (Caso de existir)	Calificación Total	Escala de calificación
Elaborado por:						

Elaborado: Diego Chimbo D.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



5.1 CONCLUSIONES

Una vez concluido este estudio que se basó en una investigación de tipo descriptiva de campo por medio de la interacción directa con el personal de la institución, y partiendo de un diagnóstico del actual sistema de control interno del hospital, para poder establecer las herramientas que le permitan mejorar el mismo, a continuación se procede a enlistar las principales conclusiones del presente trabajo:

- Se evidencia una falta de un seguimiento a la implementación del código de ética, tanto del comité como del personal.
- La institución presenta una amplia rotación de personal médico, radicando así la importancia de tomar atención en los procesos de inducción del personal.
- Se evidencia la escasa utilización y actualización de la página WEB, como un canal de comunicación con usuarios internos y externos.
- Las instalaciones no son adecuadas a la realidad, lo que conlleva a improvisación de espacios para dar una mayor funcionalidad al hospital.
- La necesidad de la automatización de los procesos en el manejo de la información de los pacientes, para poder agilizarlos y lograr un mayor grado de efectividad y seguridad de dicha información.
- Existen dificultades en los procesos de evaluación al personal, debido a las diferentes modalidades contractuales del personal de la institución.

Las herramientas de control interno fueron propuestas a la administración hospitalaria como respuesta a las principales debilidades del sistema actual del hospital, algunas con aplicación práctica otras como guías para desarrollar, consideraras desde el punto de vista de su factibilidad, las que podrían ser



incorporadas dentro de la planificación institucional, con las respectivas asignaciones presupuestarias para su ejecución.



5.2 RECOMENDACIONES

Finalmente se recomienda a la administración del hospital tomar atención en los puntos establecidos en el informe de evaluación de control interno y considerar la implementación de las herramientas propuestas en el Capítulo IV sobre los siguientes aspectos:

- Ejecutar un plan de seguimiento de la implementación del código de ética, considerando la importancia de dicho instrumento en el ambiente organizacional.
- Fortalecer los programas de inducción de personal para agilizar los procesos de inserción a la institución.
- Realizar procesos de capacitación al personal en temas informáticos con el fin de facilitar el manejo de herramientas y programas informáticos.
- Llevar a cabo planes de socialización de la página Web institucional, con el objetivo de constituirla en un importante canal de comunicación con los usuarios del hospital.
- Contar con instrumentos que permitan realizar el seguimiento de todo el personal del hospital, con el fin de establecer controles de desempeño y poder determinar los aspectos que se requieran mejorar.



ANEXOS



ANEXO N° 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO

PERIODO: AÑO 2014

N°	PREGUNTAS	RESPUESTA			C.T.	P.T.	%	OBSERV.
		SI	E/P	NO				
	AMBIENTE DE CONTROL							
	Integridad y valores éticos							
1	¿La alta dirección de la entidad, ha establecido los principios de integridad y valores éticos como parte de la cultura organizacional?		1				Falta de conocimiento claro del contenido del código de ética de cierta parte del personal.	
2	¿La máxima autoridad ha establecido por escrito el código de ética aplicable a todo el personal y sirve como referencia para su evaluación?		1				Formalmente solo personal de la LOSEP.	
3	¿El código de ética considera los conflictos de intereses?		1				Debe profundizarse el tema.	
4	¿El código de ética ha sido		1				Falta de un	



	difundido a todo el personal de la entidad, proyecto o programa y se ha verificado su comprensión?							mejor seguimiento del comité de ética.
5	¿Se informa periódicamente sobre las sanciones a que da lugar la falta de su observancia?		1					Falta de un mejor seguimiento del comité de ética.
6	¿Se han establecido por escrito políticas para regular las relaciones de interacción, de la máxima autoridad con todo el personal encargado de la administración de la entidad y con terceros relacionados?	2						
7	¿Se ha obligado, de acuerdo con la ley, a la presentación de la declaración patrimonial juramentada?	2						
8	¿Se difunde los informes de auditoría interna sobre los controles?	2						
	Administración estratégica							
9	¿La entidad para su gestión, mantiene un	2						



	sistema de planificación en funcionamiento y debidamente actualizado?							
10	¿El sistema de planificación de la entidad incluye un plan plurianual y planes operativos anuales?	2						
11	¿Se considera dentro del plan operativo anual la función, misión y visión institucionales y éstas guardan consistencia con el plan nacional de desarrollo y con los lineamientos del organismo técnico de planificación?	2						
12	¿En la formulación del plan operativo anual, se ha considerado el análisis pormenorizado de la situación y del entorno, en función de los resultados obtenidos en períodos anteriores, para satisfacer las necesidades de los usuarios en un marco de calidad?	2						



13	¿Los productos que se obtienen de las actividades de planificación (formulación, ejecución, seguimiento y evaluación), se documentan y difunden a todos los niveles de la organización y a la comunidad?							Debe reforzarse los canales de comunicación.
	Políticas y prácticas de talento humano							
14	¿Los puestos de dirección están ocupados por personal con la competencia, capacidad, integridad y experiencia profesional?	2						
15	¿Los mecanismos para el reclutamiento, evaluación y promoción del personal, son transparentes y se realizan con sujeción a la ley y a la normativa pertinente?	2						
16	¿Los servidores están en conocimiento de estos mecanismos?	2						



17	¿Los servidores asignados para el reclutamiento de personal, se encuentran capacitados debidamente en las distintas materias a considerarse dentro del concurso?		1					No de forma de un 100%.(debe reforzarse)
18	¿Se han establecido procedimientos apropiados para verificar los requisitos y perfil requeridos de los candidatos?	2						
19	¿Se informa al personal nuevo, de sus responsabilidades y de las expectativas de la máxima autoridad, de preferencia mediante una descripción detallada de sus puestos, que se mantendrá actualizada durante el tiempo en que preste sus servicios?		1					Debe reforzarse sus procesos de inducción.
20	¿Para las evaluaciones del desempeño de los servidores, se aplican criterios de integridad y valores éticos?	2						
21	¿Se ha elaborado un plan de capacitación que contemple la orientación		1					Debe reforzarse sus procesos de



	para el personal nuevo y la actualización de todos los servidores?							inducción.
22	¿La entidad cuenta con un manual de funciones aprobado y actualizado?		1					Recientes cambios.
	Estructura organizativa							
23	¿La entidad cuenta con una estructura organizativa que muestre claramente las relaciones jerárquico-funcionales, a la vez que identifique las unidades ejecutoras de cada programa o proyecto, que permita el flujo de información entre las distintas áreas de trabajo y que prevea un nivel de descentralización razonable?		1					Recientes cambios, proceso de formalización.
24	¿La estructura prevista es adecuada al tamaño y naturaleza de las operaciones vigentes de la entidad?		1					Recientes cambios.
25	¿Dentro de la estructura de la organización, se han establecido líneas claras para la presentación de informes que abarquen las		1					No claras, en un 100% para el personal, debe reforzarse.



	funciones y el personal de la entidad?							
26	¿Las funciones y responsabilidades se delegan por escrito, sobre la base de las disposiciones legales, normativas y reglamentarias vigentes?		1					Personal no revisa sus contratos.
27	¿La asignación de responsabilidades está directamente relacionada con los niveles de decisión?	2						
28	¿Se cuenta con un manual de procedimientos aprobado y actualizado?		1					Solo generales del MSP.
29	¿Los documentos mencionados han sido publicados para conocimiento de todos los servidores de la organización y de la comunidad?		1					Socialización parcial. (debe reforzarse)
30	¿Existe delegación de responsabilidades al personal?	2						
	Sistemas computarizados de la información							



31	¿Existe sistemas de información computarizados para el registro y control de las operaciones de la entidad, programa o proyecto?		1					Están en proceso de evaluación MSP.
32	¿Los sistemas y su información están protegidos y son manejados por personal autorizado?	2						
33	¿El personal responsable de la custodia de los sistemas y de su información, tiene definidos los accesos?		1					Depende del sistema.
34	¿Existen listas del personal autorizado, que especifiquen los límites de su autorización; se las mantienen actualizadas y se verifican?		1					Depende del sistema.
35	¿La información confidencial, se cifra para proteger su transmisión?	2						
36	¿Se informa oportunamente a los funcionarios responsables de las operaciones, sobre los errores en que se incurre al procesar las		1					No en un 100%.(debe reforzarse)



	transacciones correspondientes?						
37	¿Se conservan copias de los respaldo de los archivos, programas y documentos relacionados?		1				Limitado al espacio físico.
38	¿Se han documentado debidamente los programas, aplicaciones y procedimientos que se emplean para procesar la información?		1				No en un 100%(Debe reforzarse)
39	¿Se informa oportunamente a los usuarios sobre las deficiencias detectadas, se las investiga y se superan?		1				Forma parcial.
	TOTAL	32	23	0	55	78	71 %
	EVALUACIÓN DE RIESGOS						
40	¿La entidad ha establecido los objetivos, considerando la misión, las actividades y la estrategia para alcanzarlos?	2					
41	¿Los objetivos son consistentes entre sí y con las regulaciones de creación de la entidad?	2					



42	¿Las actividades principales, están orientadas al logro de los objetivos y se consideraron dentro del plan estratégico?	2					
43	¿Al definir los objetivos, se incluyó los indicadores institucionales y las metas de producción?	2					
44	¿Se han determinado los recursos necesarios, para alcanzar las metas establecidas?		1				Limitado al presupuesto asignado.
45	¿La entidad, programa o proyecto, ha realizado el mapa del riesgo considerando: factores internos y externos, puntos claves, interacción con terceros, objetivos generales y particulares, así como amenazas que se puedan afrontar?		1				Se reforzaría con un análisis FODA.
46	¿Los perfiles de riesgo y controles relacionados, han sido continuamente revisados para asegurar que el mapa del riesgo siga siendo válido?		1				Forma parcial, debido a factibilidad.
47	¿Existe un plan de		1				Forma parcial,



	mitigación de riesgos?							debido a factibilidad.
48	¿La administración ha valorado los riesgos considerando la probabilidad y el impacto?		1					Principales eventos.
49	¿Existen los respaldos necesarios de la información de la entidad, en caso de desastres?		1					Forma parcial. (historias clínicas)
50	¿Se han adoptado medidas para superar debilidades de control interno, detectadas en auditorías anteriores?		1					Forma parcial, debido a factibilidad.
51	¿Las transacciones de la entidad, se sustentan con documentos originales o fotocopias?	2						
52	¿Las transacciones, se realizan con la debida autorización?	2						
53	¿Se han asignado actividades de control a personal nuevo, sin ser capacitado debidamente?		1					En casos emergentes.
54	¿Se han instalado nuevos sistemas informáticos, con las pruebas previas a su uso?		1					No recientemente.



55	¿La documentación tanto física como magnética es accesible a la alta dirección, a los niveles de jefatura y supervisión, para fines de evaluación?	2						
TOTAL		14	9	0	23	32	72	%
ACTIVIDADES DE CONTROL								
56	¿Se han definido procedimientos de control, para cada uno de los riesgos significativos identificados?		1					Deben reforzarse los procesos de inducción.
57	¿Los procedimientos de control son aplicados apropiadamente y comprendidos por el personal de la entidad?		1					Deben reforzarse los procesos de inducción.
58	¿Se realizan evaluaciones periódicas a los procedimientos de control?		1					No de forma total.
59	¿Se realiza un control por área de trabajo, de la ejecución o desempeño comparado con el presupuesto vigente y con los resultados de ejercicios anteriores?	2						



60	¿Se realizan informes objetivos y oportunos de los resultados obtenidos por la aplicación de los distintos controles establecidos?		1					Forma parcial deben reforzarse.
61	¿Se ha establecido la rotación de labores, entre los servidores de la entidad?	2						
62	¿Existe la debida separación de funciones incompatibles entre la autorización, registro y custodia de bienes?	2						
63	¿Las operaciones de la entidad, se autorizan, efectúan y aprueban conforme a las disposiciones legales vigentes y a las instrucciones de las autoridades responsables de su administración?	2						
64	¿Se han impartido por escrito, las actividades de cada área de trabajo?		1					Debe reforzarse sus procesos de inducción.
65	¿Los directivos, han establecido		1					Debe reforzase los



	procedimientos de supervisión de los procesos y operaciones de la entidad?							procesos de inducción.
66	¿La supervisión se realiza constantemente, con el fin de asegurar que se cumpla con las normas y regulaciones y medir la eficacia y eficiencia de los objetivos institucionales?		1					Pueden reforzarse, nivel aceptable.
67	¿Existe un flujo de información adecuado, entre las distintas áreas de la organización?		1					No en un 100%.
68	¿La documentación de la estructura del sistema de control interno y de las operaciones significativas, se encuentra disponible y debidamente archivada para su revisión?		1					Puede reforzarse su estructura.
69	¿La documentación de la estructura del sistema de control interno, incluye los controles automáticos de los sistemas informáticos?	2						
70	¿La documentación de las operaciones es completa, oportuna y facilita la revisión del proceso		1					Existen limitantes de espacio físico.



	administrativo, de principio a fin?						
71	¿La documentación tanto física como magnética es accesible a la alta dirección, a los niveles de jefatura y supervisión, para fines de evaluación?	2					
72	¿Los controles establecidos, aseguran que sólo son operaciones válidas aquellas iniciadas y autorizadas, por los niveles con competencia para ello?		1				No en un 100%.
73	¿La facultad de autorizar, ha sido notificada por escrito a los responsables?	2					
74	¿El registro de las operaciones es oportuno y se encuentra debidamente clasificado, para facilitar la emisión de informes financieros?		1				Limitado a contabilidad.
75	¿Se han establecido medidas de protección para fondos, valores y bienes?	2					
76	¿Está debidamente controlado, el acceso a los		1				No en un 100%



	sistemas de información?							depende el sistema.
77	¿Se han establecido controles, que permitan detectar accesos no autorizados?		1					No en un 100% depende el sistema.
	TOTAL	17	12	0	30	44	68	%
	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN							
78	¿El sistema de información computarizado, responde a las políticas que definen los aspectos de soporte técnico, mantenimiento y seguridad?	2						
79	¿El sistema de información, cuenta con programas, aplicaciones y procedimientos documentados, así como con una segregación de funciones entre las distintas áreas administrativas?		1					No en un 100%.
80	¿Los sistemas de información y comunicación, permite a la máxima autoridad y a los directivos: identificar, capturar y comunicar	2						



	información oportuna, para facilitar a los servidores cumplir con sus responsabilidades?							
81	¿Los sistemas de información cuentan con controles adecuados?		1					No son revisados en un 100%.
82	¿La organización, ha establecido canales de comunicación abiertos para trasladar la información en forma segura?		1					Página WEB poco utilizada.
83	¿Existe un mensaje claro de parte de la alta dirección, sobre la importancia del sistema de control interno y las responsabilidades de los servidores y servidoras?		1					Debe reforzarse los seguimientos.
84	¿Los mecanismos establecidos, garantizan la comunicación entre todos los niveles de la organización?		1					No en un 100%.
85	¿Se mantienen canales de comunicación, con terceros relacionados?	2						
	TOTAL	6	5	0	11	16	69	%
	SEGUIMIENTO							



86	¿Se han efectuado las acciones correctivas, de las recomendaciones derivadas de los exámenes anteriores?		1					Forma parcial, falta de recursos en ciertos casos.
87	¿Los informes de auditoría, se presentan a las autoridades superiores responsables de establecer las políticas?	2						
88	¿Se realiza el seguimiento y evaluación permanente del sistema del control interno, para determinar mejoras y ajustes requeridos?		1					Forma parcial, debe reforzarse.
89	¿Se utilizan indicadores para detectar ineficiencias, abusos o despilfarros?		1					No formalmente en todos los dptos.
90	¿Se considera la información de terceros, para verificar datos generados en la entidad?	2						
91	¿Se verifica la eficacia de las actividades regulares de control, cuando se desarrollan y establecen nuevos sistemas de contabilidad o de información?	2						



92	¿Se mejoran los sistemas de contabilidad e información, cuando el volumen y complejidad de las operaciones se incrementan significativamente?		1					Limitado al Ministerio de Finanzas.
93	¿El personal está obligado a hacer constar con su firma, que se han efectuado actividades esenciales para el control interno?	2						
94	¿Se han definido herramientas de autoevaluación?		1					Limitado al tipo de modalidad contractual.
95	¿Las deficiencias detectadas durante el proceso de autoevaluación, son comunicadas inmediatamente a los niveles de decisión, para su corrección oportuna?		1					Deben reforzarse los procesos de inducción.
	TOTAL	8	6	0	14	20	70	%
	TOTAL GENERAL				133	190	70	%

Según: (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2011)

Fuente: Hospital Cantonal “Moreno Vásquez” de Gualaceo.



Elaborado: Diego Chimbo D.

$$\mathbf{N.C.} = \frac{\mathbf{C.T.}}{\mathbf{P.T.}} * 100$$

$$\mathbf{N.C.} = \frac{133}{190} * 100 = 70\% \rightarrow$$

Nivel de confianza
aceptable.

ANEXO N° 2

APLICACIÓN DE ENCUESTA



Para el presente estudio se consideró como parte del proceso de metodología de investigación, la realización de una encuesta al personal del hospital sobre aspectos relacionados al control interno como complemento, para lo cual se tomó una muestra en base a la aplicación de una fórmula estadística y posteriormente un muestreo aleatorio como consta a continuación, se empleó un Z (nivel de confianza estadístico) del 90%, en vista del nivel de confianza aceptable antes establecido en la evaluación de control interno.

Variables:

n= Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza.

p= Variabilidad positiva.

q= Variabilidad negativa.

N= Tamaño de la población.

E= Error o precisión.

Datos:

n= incógnita. **N**= 100 personas.

Z= 1,65. (90%) **E**= 0,10.

p= 0,50.

q= 0,50.

Aplicación de fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{(N * E^2) + (Z^2 * p * q)}$$
$$n = \frac{1,65^2 * 0,5 * 0,5 * 100}{(100 * 0,10^2) + (1,65^2 * 0,5 * 0,5)}$$
$$n = \frac{68,0625}{1,680625}$$

$n = 41$

Resultados de la Encuesta.

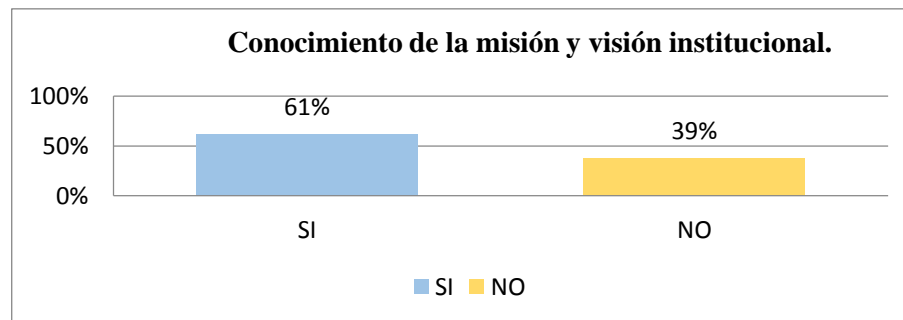
1.- ¿Tiene Ud. conocimiento claro de la misión y visión institucional?

Sí____ No____

SI	NO	TOTAL
61%	39%	100%
25	16	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

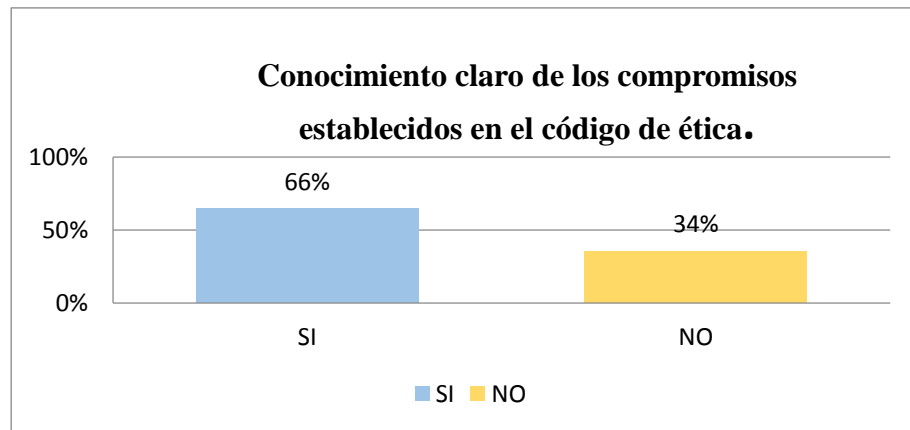
2.- ¿Posee Ud. un conocimiento claro sobre los compromisos y contenidos de la capacitación del código de ética?

Sí____ No____

SI	NO	TOTAL
66%	34%	100%
27	14	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

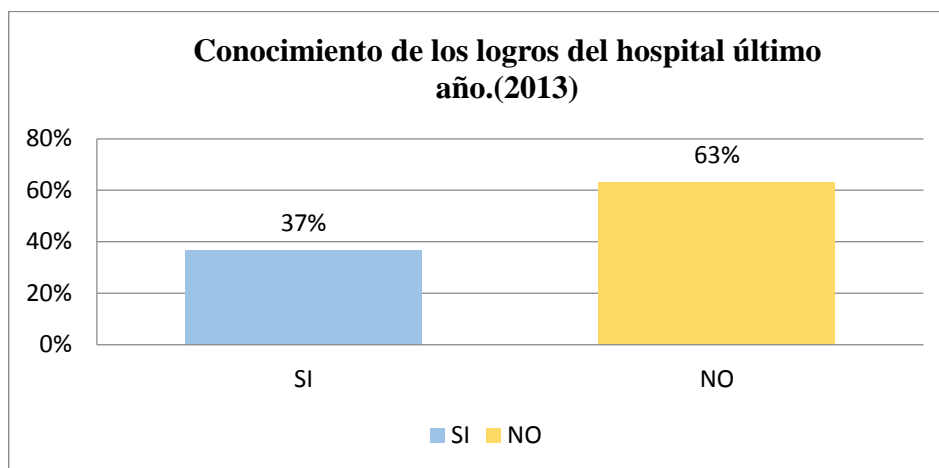
Elaborado por: Diego Chimbo D.

3.- ¿Tiene Ud. conocimiento de los logros alcanzados por el hospital en el último año (2013)? **Sí**___ **No**___

SI	NO	TOTAL
37%	63%	100%
15	26	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

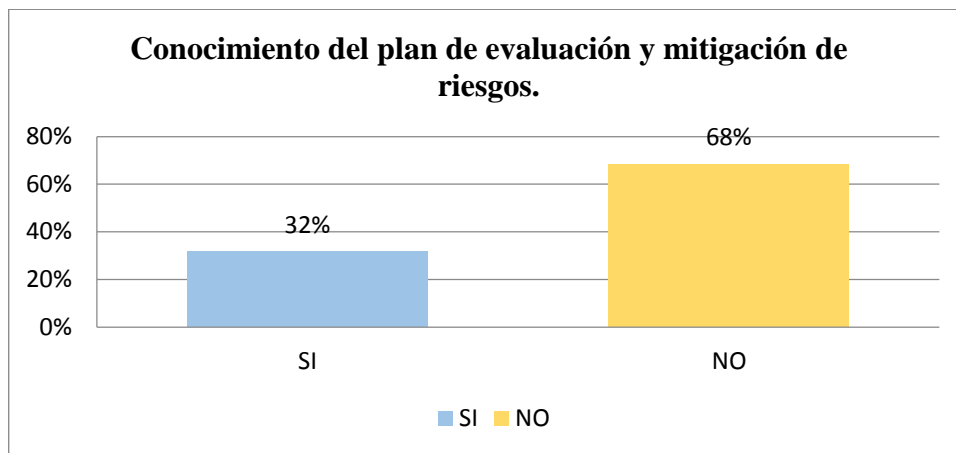
Elaborado por: Diego Chimbo D.

4.- ¿Tiene Ud. conocimiento del plan de evaluación y mitigación de riesgos del hospital? **Sí**____ **No**____

SI	NO	TOTAL
32%	68%	100%
13	28	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

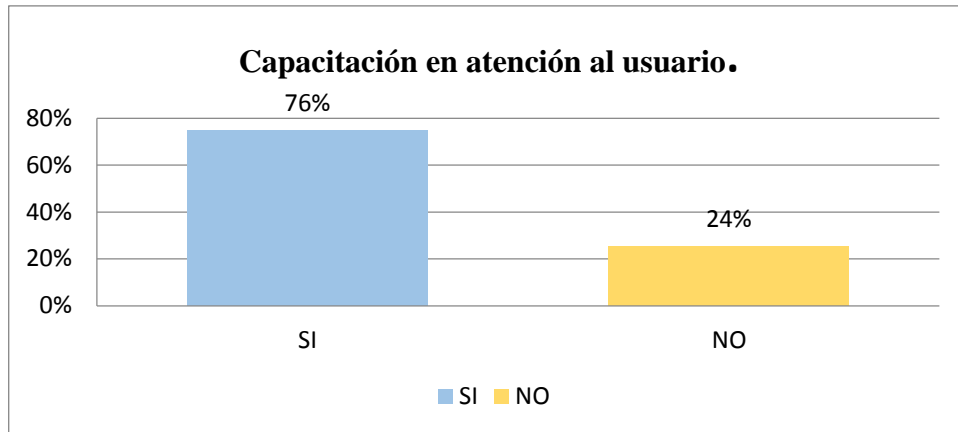
6.- ¿Ha participado Ud. de capacitaciones de atención al usuario?

Sí____ **No**____

SI	NO	TOTAL
76%	24%	100%
31	10	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

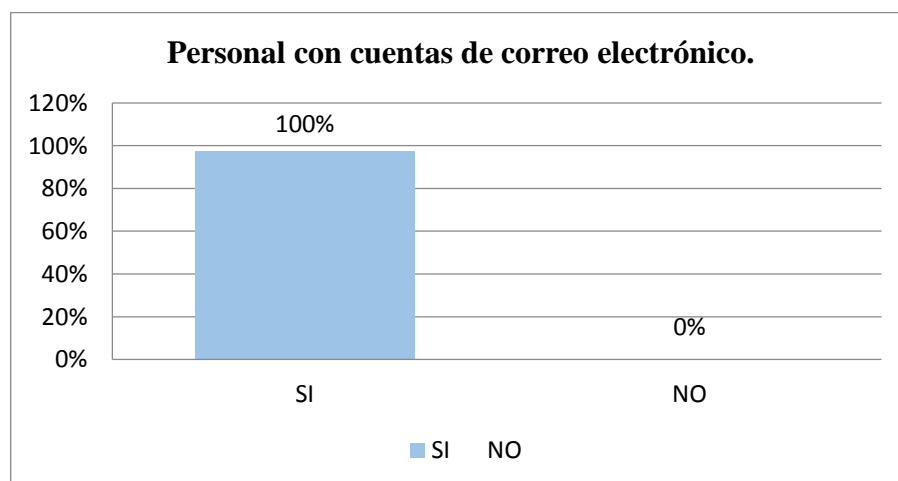
7.- ¿Posee Ud. una cuenta de correo institucional?

Sí ___ **No** ___

SI	NO	TOTAL
100%	0%	100%
41	0	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

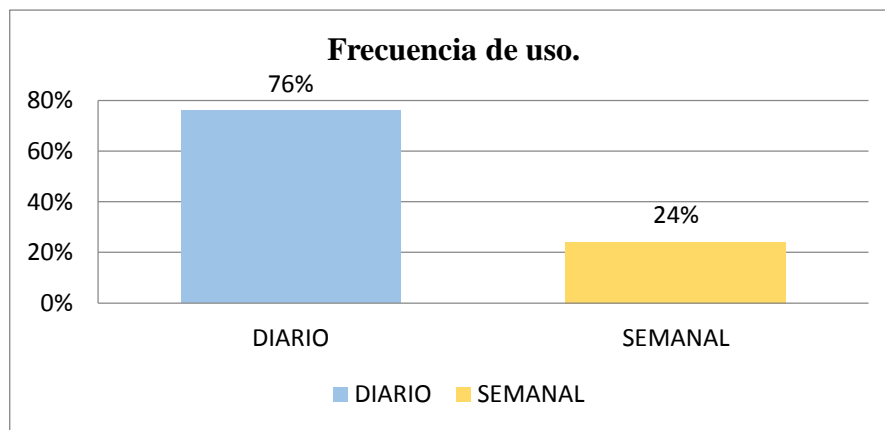


Frecuencia de uso.

DIARIO	SEMANTAL	TOTAL
76%	24%	100%
31	10	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

8.- ¿Tiene Ud. un conocimiento claro de las políticas de control interno del hospital?

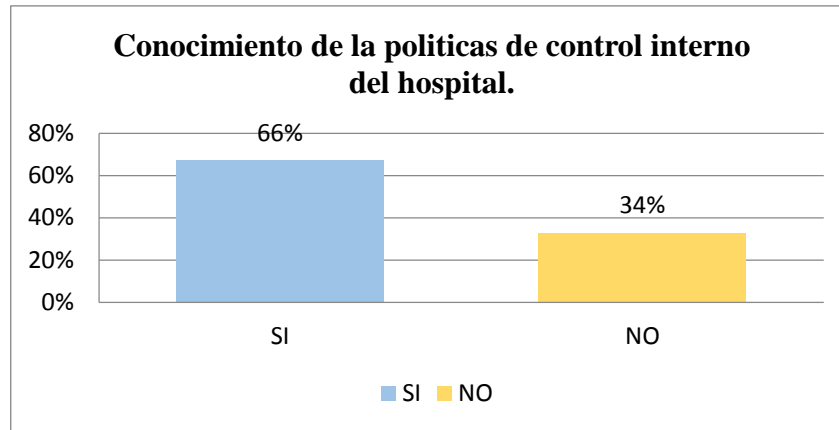
Sí _____

No _____

SI	NO	TOTAL
66%	34%	100%
27	14	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

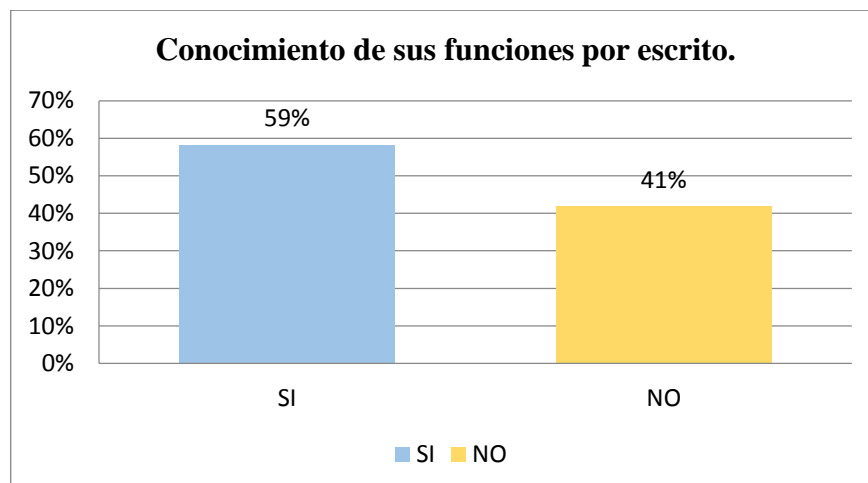
9.- ¿Recibió Ud. por escrito sus funciones?

Sí _____ No _____

SI	NO	TOTAL
59%	41%	100%
24	17	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

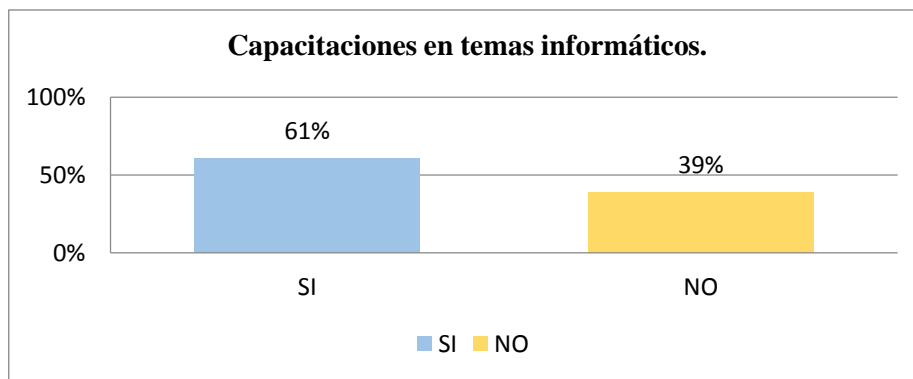
Observaciones:

Dentro de las principales observaciones, se establece que parte de los encuestados presentan inconvenientes con el tema de cursos virtuales y temas informáticos.

SI	NO	TOTAL
61%	39%	100%
25	16	41

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

Encuesta al público

También se desarrolló una encuesta a usuarios de los servicios hospitalarios, en base a preguntas puntuales, para lo cual se tomó una muestra de 40 personas a juicio del investigador y con selección aleatoria, considerando el promedio mínimo de consultas diarias de la institución.

1.- ¿Cómo calificaría Ud. el grado de satisfacción del servicio recibido?

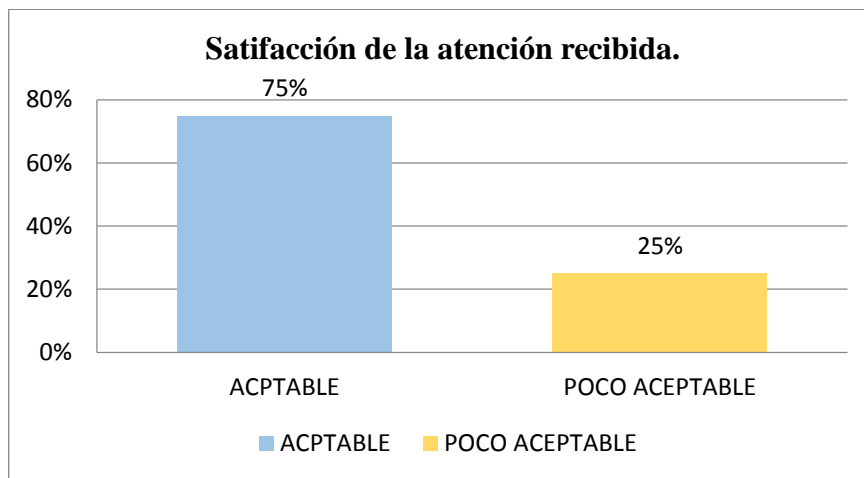


Acceptable_____ Poco aceptable_____

	POCO ACEPTABLE	TOTAL
ACEPTABLE	25%	100%
	10	40

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

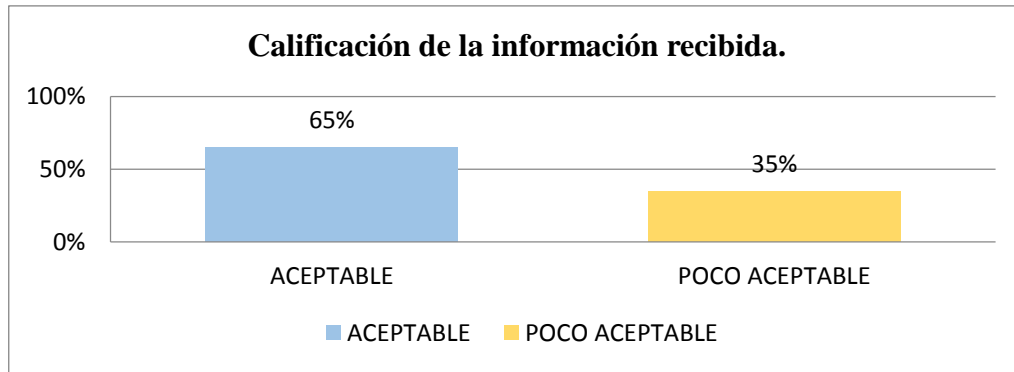
2.- ¿Cómo calificaría Ud. la información recibida de los servicios?

Acceptable_____ Poco aceptable_____

	POCO ACEPTABLE	TOTAL
ACEPTABLE	35%	100%
	14	40

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.

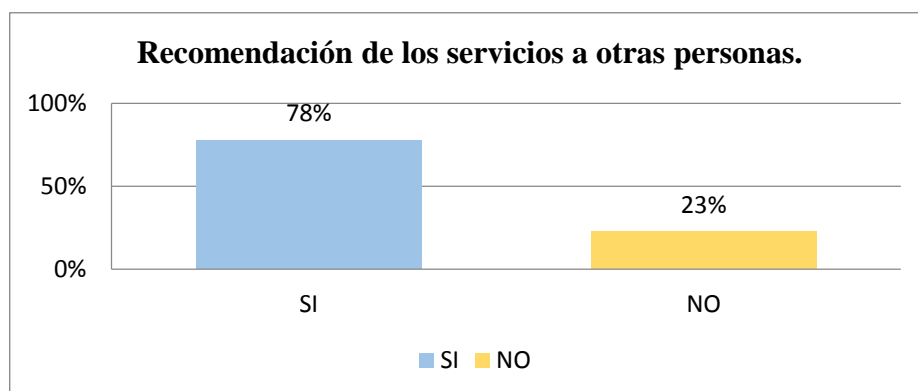
3.- ¿Recomendaría Ud. los servicios del hospital a familiares o conocidos?

Sí____ **No**____

SI	NO	TOTAL
78%	23%	100%
31	9	40

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



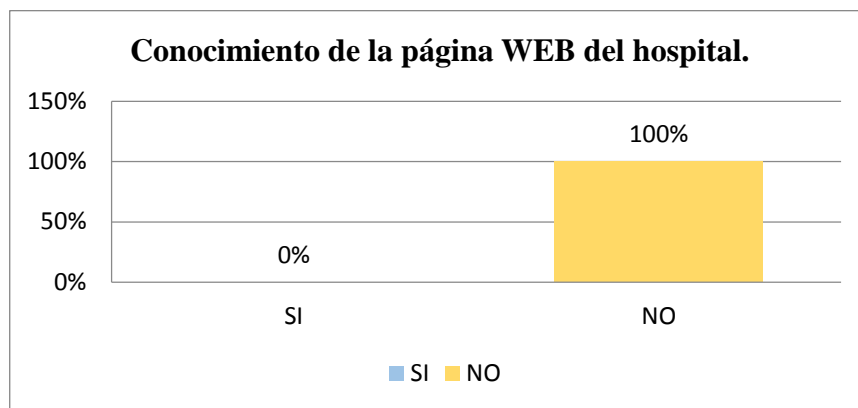
4.- ¿Conoce Ud. la página WEB del hospital?

Sí _____ No _____

SI	NO	TOTAL
0%	100%	100%
0	100	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



Fuente: Encuestas

Elaborado por: Diego Chimbo D.



ANEXO N° 3

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

Anexo 3.1. Resultados POA 2014.

PRINCIPALES RESULTADOS PLANIFICACIÓN POA 2014 DIST 01D04

POA	RESULTADOS DE LA EJECUCION	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
Porcentaje de EOD's abastecidas con medicamentos esenciales	10 de 10 unidades operativas	100%	Unidades con abastecimientos minimos por poder cubrir con insumos odontologicos, materiales para rayos x, laboratorio e insumos medicos	(GESTION POR RESULTADOS) GPR 2013	Dr. Adrian Chacha
Porcentaje de disponibilidad de medicamentos esenciales	Se concluye el 2014 con 200 de 203 medicamentos esenciales	98,52%	No se dispone de recursos necesarios por lo que se procede a priorizar mediante el metodo VEN	GPR 2013	Dr. Adrian Chacha
Porcentaje de pacientes en espera de atención en consulta externa igual o menor a 15 días	Durante el 2013, no cuenta con lista de espera igual o menos de 15 días	No aplica	Ninguna	GPR 2013	Lcd. Julio Quinche
Porcentaje de letalidad de dengue	No existieron muertes por Dengue	No aplica	Ninguna	GPR 2013	Dr. José Serrano
Porcentaje de Mortalidad materna hospitalaria	No se produjeron muertes maternas en el distrito ni en el hospital	No aplica	Ninguna	GPR 2013	Dr. José Serrano
Porcentaje de Mortalidad neonatal hospitalaria	No se dieron muertes neonatales hospitalarias	No aplica	Ninguna	GPR 2014	Ec. Francisco Calle
Porcentaje de EOD's que cumplen su planificación	Se cumple con la matriz de planificación de Políticas Públicas	100%	Ninguna	GPR 2013	Dr. Pedro Astudillo



Porcentaje de referencias atendidas	Se cumple con 3938 referencias atendidas de 4309 referencias emitidas	91,04%	No se cumple al 100% debido a que los pacientes no cumplen al 100% con los turnos ya agendados por asuntos particulares de los pacientes.	GPR 2013	Dra. Paola Chamba/ Dra. Fabiola Villavicencio
Porcentaje de contrareferencias cumplidas	3915 contrareferidas cumplidas de 3938	99,40%	Mejora en la recepción de la contrareferencia.	GPR 2013	Dra. Paola Chamba/ Dra. Fabiola Villavicencio
Porcentaje de ejecución Presupuestaria	El presupuesto ejecutado 2014 es \$ 4,027.956.11	99,25%	Ninguna	REPORTES ESIGEF	Ing. Jacqueline Tello

Fuente: Planificación Distrito 01D04.

Extracto de resultados 2014



EXTRACTO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA INSTITUCIÓN 2014					
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA INSTITUCION	PRINCIPALES PROGRAMAS, PROYECTOS O ACCIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA INSTITUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS DE LA INSTITUCIÓN Y RESULTADOS ALCANZADOS		OBSERVACIONES	RESPONSABLES DE INFORMACIÓN
		INDICADOR	RESULTADO		
Incrementar la vigilancia, control, prevención y la promoción de la salud.	Hacia el control de la Tuberculosis en Ecuador	Número de casos en tratamiento de Tuberculosis BK +	16	Casos en tratamiento	Dr. Agustín Ávila
	Imunizaciones enfermedades inmune prevenibles por vacuna	Población por grupo que accede a vacunación para la erradicación de enfermedades inmuno - prevenibles	MENORES 1 AÑO: 17363; DE 12 A 23 MESES: 4812; 1 A 4 AÑOS: 178; ESCOLARES: 6706; PRENATAL: 1799; MUJERES EDAD FERTIL: 6760; ADULTO MAYOR: 752; PERSONAL DE SALUD: 210	66% CORRESPONDE A MUJERES Y EL 34% A VARONES; PORCENTAJE QUE CUBRE 18 VACUNAS EN SUS DISTINTOS GRUPOS DE EDAD	Econ. Francisco Calle
	Detección e identificación temprana de los trastornos del desarrollo	Número de diagnósticos tempranos de trastornos del desarrollo	49 CASOS DE LOS CUALES H: 33, M: 16	SIND. DAWM 12; PARALISIS CEREBRAL 14; PROBLEMAS NEUROLOGICOS 63	Dra. Edith Martínez
	Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador	Número de tamizajes auditivos realizados a niños y personas adultos mayores	683	Las pruebas realizadas son EOA, NPED Y AUDIOMETRIAS. En el 2013 estuvo a cargo del Dr. Alberto Delgado.	Dra. Anita Tuba
	Detección temprana y escolar de discapacidades visuales en el Ecuador	Número de tamizajes visuales realizados a niños y personas adultas mayores	4502	TAMIZAJE ESTABLECIDO POR EL PLAN VISION, en el 2013 a cargo de la Leda. Nelly Pacheco.	Dra. Anita Tuba



Incrementar la eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud.	Educación para la Salud	Número de estrategias educativas ejecutadas (Ferias, Talleres, Jites, teatro y otros) para la prevención y promoción de la salud.	35	charlas. Casas abiertas, ferias de salud	Leda. Daniela Naranjo/ Leda. Patricia Argudo
	Salud Intercultural	Número de redes conformadas; N° de agentes y personal de salud capacitados y formados en Salud Intercultural	12	agentes del distrito 01d04	Leda. Daniela Naranjo
	Sistema de referencia y contra referencia	N° de referencias del primer nivel de salud atendidas	3938	Falla en la contra referencia por parte de los especialistas que no contestan con agilidad las mismas.	Dra. Fabiola Villavicencio
	Medicamentos e insumos estratégicos	Número de Unidades Operativas abastecidas con medicamentos esenciales	10/10	Fallas en la asignación a tiempo de presupuestos, a mas que se considera solo medicación sin tomar en cuenta rayos x, odontología, laboratorio e insumos	Dr. Adrián Chacha
	Gestión hospitalaria	Número de pacientes en lista de espera quirúrgica	8	En espera por falta de Quirófano, con un promedio de 8 por mes y cuatro especialistas.	Dr. Johnny Astudillo/Ec. Francisco Vacaciones
		Porcentaje de mortalidad materna hospitalaria	0	NO SE REGISTRARON CASOS	
Porcentaje de mortalidad neonatal hospitalaria		2	NO SE REGISTRARON CASOS		
Red Pública Integral de Salud	N° de usuarios y usuarias que acceden a prestaciones de salud	195.333	2011: 108488, 2012: 139240, 2013: 169906 2014: 195333	Eco. Francisco Calle	
Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.	Formación capacitación y certificación del Talento Humano en Salud	Número de servidores/as de salud que acceden a capacitación	189	Ninguna	Egres. Paulina Maldonado

Fuente: Planificación Distrito 01D04.



Anexo 3.2. Capacitaciones 2014

CAPACITACIONES DIST 01D04 2014 (GUALACEO)

Nº	TEMA	UNIDAD RESPONSABLE	PERSONAL CAPACITADO	FECHA PLANIFICADA	FECHA EJECUTADA	CUMPLIMIENTO
1	Protocolos odontológicos	Coordinación Zonal	Odontólogo general	30/10/2014	30/10/2014	si
2	Protocolos odontológicos	Coordinación Zonal	Analista	30/10/2014	30/10/2014	si
3	Prevención y control Epidemiología	Coordinación Zonal	Analista	09/04/2014	09/04/2014	si
4	Correcciones de errores RDACAA	Dirección	Analista	26/03/2014	26/03/2014	si
5	Capacitación en competencias SERCOP	Administrativo	Asistente administrativo	11/09/2014	11/09/2014	si
7	Análisis de brecha de talento humano	Administrativo	Analista	21/01/2014	21/01/2014	si
8	Sistema informático Perinatal	Dirección	Pediatra	19/02/2014	19/02/2014	si
9	Capacitación en competencias SERCOP	Administrativo	Auxiliar administrativo	11/09/2014	11/09/2014	si
10	Modelo de atención	Dirección	Especialista	01/04/2014	01/04/2014	si
11	Taller de MAIS RPIS	Dirección	Especialista	20/05/2014	20/05/2014	si
12	Capacitación en competencias SERCOP	Administrativo	Analista	11/09/2014	11/09/2014	si
13	Prevención y control Epidemiología	Coordinación Zonal	Especialista	09/04/2014	09/04/2014	si
14	Cumplimiento de la normativa alimentaria	Dirección	Nutricionista	14/02/2014	14/02/2014	si
15	Taller de vivencias Manuela Espejo.	Dirección	Medico general	24/01/2014	24/01/2014	si
16	Taller construyendo las base de trabajo en red.	Dirección	Medico general	03/06/2014	03/06/2014	si
17	Taller de salud y ambiente	Dirección	Medico general	13/02/2014	13/02/2014	si
18	Capacitación en competencias SERCOP	Administrativo	Analista	11/09/2014	11/09/2014	si
19	Capacitación en competencias SERCOP	Administrativo	Enfermera	11/09/2014	11/09/2014	si

Fuente: Talento Humano Distrito 01D04.



Anexo 3.3. Mapa de riesgos

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO
MAPA DE RIESGOS. (2014)

Objetivo institucional: Garantizar atención gratuita y de calidad a la población del área de influencia y programática.

Nº	Principales riesgos (Posibles)	Impacto	Probabilidad	Evaluación del riesgo	Controles existentes	Opción de manejo	Acciones	Responsable	Tiempo
Riesgo estratégico.									
1	Contingencias en la planificación.	15	2	30	Uso de indicadores de cumplimiento.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Evaluación periódica de la planificación.	Director.	Mensual.
2	Duplicidad de programas de salud.	5	2	10	Planificación con otras unidades de salud.	Asumir el riesgo.	Reuniones de comunicación de programas.	Director.	Cada año.
3	Contingencias en el control de ejecución de programas.	5	2	10	Uso de indicadores de cumplimiento.	Asumir el riesgo.	Evaluación periódica de ejecución.	Líder de cada programa.	Mensual.
4	Falta de compromiso del personal para el cumplimiento de la planificación.	10	3	30	Evaluaciones de desempeño.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Evaluación de cumplimiento de metas.	Líder de talento humano Distrito.	Anual.
5	No contar con información fiable u oportuna para la toma de decisiones.	10	2	20	Seguimiento de los procesos responsables de la comunicación.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Socialización de los canales de comunicación internos.	Líder de TIC.	Anual.
6	Contingencias en el cumplimiento del POA institucional.	10	2	20	Seguimiento periódico de cumplimiento.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Seguimiento continuo.	Líder de planificación.	Mensual.
7	Prestación de servicios no de acuerdo a los lineamientos de calidad.	10	2	20	Seguimiento periódico de cumplimiento.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Seguimiento a quejas y reclamos de usuarios.	Líder de talento humano Distrito.	Permanente.
Riesgo operativo.									
1	Deterioro de las instalaciones.	15	3	45	Mantenimiento periódico.	Evitar el riesgo, Reducir el riesgo.	Estudio para refacciones.	Director, Líder de mantenimiento.	Mensual.
2	Perdida de la información institucional.	10	3	30	Control de archivos.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Depuración de archivos.	Director.	Mensual.
3	Demoras en entrega de medicamentos e insumos médicos.	10	3	30	Previsión de compras.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Realización de pedidos con anticipación.	Líder de compras del Distrito.	Cuatrimstral.
4	Problemas en la inducción al personal nuevo.	10	3	30	Etapas de inducción.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Entrega de manuales de funciones.	Líder de talento humano Distrito.	Permanente.
5	Fluido eléctrico.	15	1	15	Mantenimiento periódico.	Asumir el riesgo.	Seguimiento del funcionamiento del generador y detección de problemas	Director, Líder de mantenimiento.	Permanente.
Riesgo de control.									
1	Deficiencia en controles institucionales. (Políticas y uso de bienes)	15	2	30	Seguimiento a los controles.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Evaluaciones a los controles.	Director, Líderes de cada proceso.	Mensual.
2	Indicadores de gestión poco efectivos.	10	2	20	Uso de indicadores por cada proceso.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Socialización del uso de indicadores de cumplimiento.	Director, Líderes de cada proceso.	Mensual.
3	Falta de revisión de políticas de control.	10	2	20	Verificación de cumplimiento de las políticas.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Lineamiento de políticas a las necesidades y normativa pública.	Director.	Anual.
4	Contaminación ambiental.	10	2	20	Manual de bioseguridad.	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.	Socialización del manual.	Director, Líder del procesos.	Anual.

Riesgo financiero.									
1	Retrasos en las asignaciones presupuestarias.	15	2	30	Control de gastos presupuestarios.	Asumir el riesgo. Reducir el riesgo.	Solicitud oportuna de requerimientos presupuestarios.	Líder de presupuestos del Distrito.	Permanente.
2	Incumplimientos de contratos con terceros.	10	2	20	Control de contratos y garantías.	Asumir el riesgo. Reducir el riesgo.	Verificación oportuna de garantías de cumplimiento.	Líder del contratación del Distrito.	Permanente.
3	Falta de control de procesos de contrataciones con terceros.	10	1	10	Verificación de cumplimiento de los procesos de contratación pública.	Asumir el riesgo. Reducir el riesgo.	Seguimiento a los diferentes procesos.	Líder del contratación del Distrito.	Permanente.
Riesgo de cumplimiento.									
1	Entrega imoportuna de informes.	10	1	10	Seguimiento a la entrega de informes.	Asumir el riesgo. Reducir el riesgo.	Elaboración de informes para la respectiva rendición de cuentas.	Director, Líder del procesos.	Anual y según requerimiento.
Riesgo tecnológico.									
1	Sistemas informáticos de deficientes.	10	2	20	Soporte a los equipos.	Asumir el riesgo. Reducir el riesgo.	Mantenimiento permanente de equipos.	Líder de TIC.	Mensual.

Elaborado: Autor.

Fuente: Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.

Convenciones para interpretación.

P R O B A B I L I D A D	MUY ALTA	4	20	40	60
	ALTO	3	15	30	45
	MEDIO	2	10	20	30
	BAJO	1	5	10	15
			5	10	15
			LEVE	MODERADO	GRAVE
			Impacto		



Anexo 3.4. Presupuesto 2014

DISTRITO 01D04
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO.
PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2014

CUENTAS	DENOMINACIÓN	CODIFICADO	EJECUCIÓN	DESVIACIÓN	%
	INGRESOS	4.067.992,13	4.037.491,92	30.500,21	99,25%
001	Recursos Fiscales	4.027.992,13	4.027.956,13	36,00	100,00%
002	Recursos Fiscales generados por la institución	40.000,00	9.535,79	30.464,21	23,84%
	GASTOS	4.067.992,13	4.037.491,92	30.500,21	99,25%
5	GASTO CORRIENTE	3.900.962,79	3.870.472,53	30.490,26	99,22%
510000	Gastos en Personal	2.929.713,92	2.929.713,92	-	100,00%
530000	Bienes y servicios de Consumo	912.672,41	882.208,20	30.464,21	96,66%
570000	Otros Gastos Corrientes	9.617,99	9.617,99	-	100,00%
580000	Transferencias y Donaciones Corrientes	48.958,47	48.932,42	26,05	99,95%
7	GASTO DE INVERSIÓN	106.189,51	106.189,51	-	100,00%
710000	Gastos en Personal para Inversión.	86.414,90	86.414,90	-	100,00%
730000	Bienes y Servicios para Inversión.	19.774,61	19.774,61	-	100,00%
8	GASTO DE CAPITAL	60.839,83	60.829,88	9,95	99,98%
840000	Bienes de Larga Duración	60.839,83	60.829,88	9,95	99,98%

Fuente: Presupuestos Distrito 01D04.

Anexo 3.5. Estadísticas de servicios y atenciones médicas 2014

Atenciones médicas

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	No de PROFESIONALES	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS	SEXO	
				HOMBRES	MUJERES
UNIDAD ANIDADA GUALACEO	917	9	41.915	13855	28060
MORENO VASQUEZ HB	130	7	10.869	3660	7209
CHORDELEG SCU	537	5	17.958	6057	11901
DANIEL CORDOVA SCR	55	1	2.162	744	1418
JADAN SCR	232	3	8.594	2961	5633
MARIANO MORENO SCR	77	2	3.471	1170	2301
REMIGIO CRESPO SCR	14	1	2.641	955	1686
SAN JUAN SCR	305	3	8.757	3076	5681
PRINCIPAL SCR	182	1	2.135	727	1408
LUIS CORDERO SCR	135	1	2.508	760	1748
ZHIDMAD SCR	102	2	2.556	956	1600
UNIDAD MÓVIL	79	1	3.281	1178	2103
TOTALES	2765	36	106847	36099	70748

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Internación (hospitalización)

INDICADORES		ESPECIALIDADES					
		MEDICINA INTERNA	CIRUGIA	PEDIATRIA	GINECO OBSTECO	TOTAL	
EGRESOS	ALTAS	399	717	269	936	2.321	
	TOTAL DEFUNCIONES	16	2	2	-	20	
	MENOS 48 HORAS	12	2	2	-	16	
	MAS 48 HORAS	4	-	-	-	4	
	TOTAL EGRESOS	415	719	271	936	2.341	
AUDITORIA MEDICA:INTERCONSULTA		-	-	-	-	-	
AUTOPSIAS:		-	-	-	-	-	
TOTAL DIAS ESTADA		1.807	1.949	1.001	1.856	6.613	
TOTAL DIAS PACIENTE		2.032	2.316	1.227	2.595	8.170	
DIAS CAMAS DISPONIBLES		2.386	2.526	1.650	2.707	9.269	
INDICADORES	GIRO DE CAMAS	63	104	60	126	92	
	INTERVALO GIRO	1	0	2	0	0	
	X DIAR.DIAS PACIENTE	6	6	3	7	22	
	% DE OCUPACION	85	92	74	96	88	
	X DIAS ESTADA	4	3	4	2	3	
	X DIAR.CAMAS DISP.	7	7	5	7	25	
	X DIARIOS EGRESOS	1	2	1	3	6	
	TASAS	MORTALIDAD + 48 HOR.	1				0
		AUTOPSIAS				-	
		INTERCONSULTA					
PARTOS		-	-	-	598	598	
DOTACION NORMAL DE CAMAS		9	6	5	5	25	

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Laboratorio Clínico

ÍTEMS	LABORATORIO CLÍNICO					
	Hematológicos	Bacteriológicos	Quim. Sanguinea	Mater. Fecales	Orina	Otros Exámenes
HOSPITAL GUALA(CONSUL)	222.546	82	59.999	4.302	7.702	18.956
HOSPITAL GUALA(HOSP)	35.551	1.474	11.101	191	611	1.799
SCS. DANIEL CORDOVA	-	-	-	-	-	-
SCS. JADAN	-	-	-	-	-	-
SCS. M. MORENO	-	-	-	-	-	-
SCS. REMIGIO CRESPO	-	-	-	-	-	-
SCS. SAN JUAN	-	-	-	-	-	-
SCS. LUIS CORDERO V.	-	-	-	-	-	-
C.S. CHORDELEG(CONSUL)	13.572	145	9.780	1.105	1.461	1.727
C.S. ZHIDMAD	-	-	-	-	-	-
SCS. PRINCIPAL	-	-	-	-	-	-
UNIDAD MOVIL	-	-	-	-	-	-
TOTAL	271.669	1.701	80.880	5.598	9.774	22.482
Promedio mensual	22.639	142	6.740	467	815	1.874

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Rayos X

ÍTEMS	RAYOS X		
	Audiometrías	dentales	Radiografías
HOSPITAL GUALA(CONSUL)	511	383	6.782
HOSPITAL GUALA(HOSP)	-	-	624
SCS. DANIEL CORDOVA	1	-	-
SCS. JADAN	-	-	-
SCS. M. MORENO	-	-	-
SCS. REMIGIO CRESPO	13	-	-
SCS. SAN JUAN	-	-	-
SCS. LUIS CORDERO V.	-	-	-
C.S. CHORDELEG(CONSUL)	-	-	-
C.S. ZHIDMAD	12	-	-
SCS. PRINCIPAL	-	-	-
UNIDAD MOVIL	-	-	-
TOTAL	537	383	7.406
Promedio mensual	45	32	617

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Otras pruebas de diagnóstico

ÍTEMS	OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICO			
	Electrocardio	Urograma Excretor	Colposcopia	Ecografías
HOSPITAL GUALA(CONSUL)	1.172	-	193	7.002
HOSPITAL GUALA(HOSP)	300	-	-	769
SCS. DANIEL CORDOVA	-	-	-	-
SCS. JADAN	-	-	-	-
SCS. M. MORENO	-	-	-	-
SCS. REMIGIO CRESPO	-	-	-	-
SCS. SAN JUAN	-	-	-	-
SCS. LUIS CORDERO V.	-	-	-	-
C.S.				
CHORDELEG(CONSUL)	-	-	-	163
C.S. ZHIDMAD	-	-	-	-
SCS. PRINCIPAL	-	-	-	-
UNIDAD MOVIL	-	-	-	-
TOTAL	1.472	-	193	7.934
Promedio mensual	123	-	16	661

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Farmacia

ÍTEMS	FARMACIA	
	recetas genéricos	MAT. GRAT. otros
HOSPITAL GUALA(CONSUL)	128.004	14.058
HOSPITAL GUALA(HOSP)	31.044	6.389
SCS. DANIEL CORDOVA	1.841	675
SCS. JADAN	6.521	1.611
SCS. M. MORENO	4.496	531
SCS. REMIGIO CRESPO	2.534	1.192
SCS. SAN JUAN	8.255	3.332
SCS. LUIS CORDERO V.	3.586	526
C.S. CHORDELEG(CONSUL)	21.256	4.417
C.S. ZHIDMAD	2.568	456
SCS. PRINCIPAL	3.458	814
UNIDAD MOVIL	385	-
TOTAL	213.948	34.001
Promedio mensual	17.829	2.833

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Ropa lavada

ÍTEMS	ROPA LAVADA
	KILOS
HOSPITAL GUALA(CONSUL)	6.653
HOSPITAL GUALA(HOSP)	23.361
SCS. DANIEL CORDOVA	-
SCS. JADAN	-
SCS. M. MORENO	-
SCS. REMIGIO CRESPO	-
SCS. SAN JUAN	-
SCS. LUIS CORDERO V.	-
C.S. CHORDELEG(CONSUL)	-
C.S. ZHIDMAD	-
SCS. PRINCIPAL	-
UNIDAD MOVIL	-
TOTAL	30.014
Promedio mensual	2.501

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.

Intervenciones médicas

ANESTESIAS				INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			
Total	Generales	Conduc. local	Otras	Total	Electivas	Urgencia	
823	284	400	139	802	529	273	
Promedio mensual	69	24	33	12	67	44	23

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.

Alimentación

RACIONES SERVIDAS				
	Café	Almuerzo	Merienda	Cena
Pacientes	4.947	4.336	4.655	-
Personal	2.300	2.687	2.505	2.252
Total	7.247	7.023	7.160	2.252
Promedio mensual	604	585	597	188

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Emergencias

EMERGENCIAS					
	CLINICA	CIRUGÍA	PEDIATRÍA	GINEC-OBST.	TOTAL
INGRESO	424	197	215	636	1.472
NO INGR.	8.139	1.546	8.877	1.102	19.664
TOTAL	8.563	1.743	9.092	1.738	21.136

PROMEDIO
MENSUAL

714

145

758

145

1.761

Fuente: Estadísticas Hospital Cantonal “Moreno Vásquez”.



Anexo 3.6. Distributivo del personal del Hospital “Moreno Vásquez” 2014

DISTRIBUTIVO PERSONAL 2014

CARGO	PERSONAL		RÉGIMEN LABORAL
Concurso de Meritos y Oposición.	16		LOSEP.
Contrato Colectivo.	42		CÓDIGO DE TRABAJO.
Contratos Eventuales.	3		CÓDIGO DE TRABAJO.
Devengantés de Beca.		4	NO DISTRITUTIVO
Médicos Rurales	6		LOSEP.
Médicos Internos		4	NO DISTRITUTIVO
Internas de Enfermería		8	NO DISTRITBUTIVO
Enfermeras Rurales	3		LOSEP.
Enfermeras Contratadas	4		LOSEP.
Odontólogos	4		LOSEP.
Medico Contratado	1		LOSEP.
Psicólogo	1		LOSEP.
Trabajador Social	1		LOSEP.
Nutricionista	1		LOSEP.
Interno de Nutrición		1	NO DISTRIBUTIVO
Interno de Psicología		1	NO DISTRIBUTIVO
SUBTOTAL	82	18	
	100		

RÉGIMEN LABORAL	N°	%
LOSEP.	37	37%
CÓDIGO DE TRABAJO.	45	45%
NO DISTRIBUTIVO	18	18%
TOTAL	100	100%

Fuente: Talento Humano Distrito 01D04.

ROTACIÓN DE PERSONAL (ÁREAS OPERATIVAS)

FORMULA	APLICACIÓN
Ind. Rot= (A+D)/2 *(100/EP)	Ind. Rot= (14+14)/2 *(100/100) Ind. Rot= 14%
A= ingresos de personal D= Salidas de personal EP= Personal del periodo	A= 14 D= 14 EP= 100 (año 2014)

Elaborado: Diego Chimbo D.

Anexo 3.7. Principales medicamentos



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Azuay

TRAMADOL
TRAMADOL
CLORURO DE SODIO AL 0,9%
CLORURO DE SODIO AL 0,9%
COTRIMOXAZOL (SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA)
COTRIMOXAZOL (SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA)
DEXAMETASONA
DEXAMETASONA+TOBRAMICINA
DICLOFENACO
DICLOFENACO
DICLOXACILINA
DICLOXACILINA
DIGOXINA
DIMENHIDRINATO
DOPAMINA CLORHIDRATO
ENALAPRIL MALEATO
ENALAPRIL MALEATO
ENOXAPARINA
ESPIRONOLACTONA
FENITOINA
FENITOINA
FENOFIBRATO MICRONIZADO
FITOMENADIONA
FLUCONAZOL
FLUMAZENIL
FLUOXETINA
FLUTICASONA
FUROSEMIDA
GENFIBROZIL
GENTAMICINA
HALOPERIDOL DECANOATO
HEPARINA SODICA NO FRACCIONADA
HIERRO
HIERRO + ACIDO FOLICO
IBUPROFENO
IBUPROFENO
IBUPROFENO
IBUPROFENO
INSULINA GLARGINA
INSULINA INTERMEDIA (NPH)
KETOROLACO
LACTULOSA
LAGRIMAS ARTIFICIALES
LEVOFLOXACINA
LORATADINA
LOSARTAN POTASICO
LOSARTAN POTASICO
LOSARTAN POTASICO + HIDROCLOROTIAZIDA
LOSARTAN POTASICO + HIDROCLOROTIAZIDA
MAGALDRATO+SIMETICONA
METFORMINA CLORHIDRATO
METFORMINA CLORHIDRATO
METFORMINA CLORHIDRATO+GLIBENCLAMIDA
METFORMINA CLORHIDRATO+GLIBENCLAMIDA
METILPREDNISOLONA
METOCLOPRAMIDA
METOCLOPRAMIDA
METRONIDAZOL
METRONIDAZOL
METRONIDAZOL SOLUCION INYECTABLE
MORFINA
MOXIFLOXACINO
NALOXONE
NEOSTIGMINA METILSULFATO
NISTATINA 100000 UI
NITROFURANTOINA
OMEPRAZOL
OMEPRAZOL
OMEPRAZOL
ONDANSETRON
OSELTAMIVIR (TAMIFLU)
OXACILINA
PARACETAMOL
PENICILINA G BENZATINICA 1.200000
PENICILINA G CRISTALINA 5.000000
POLIGELINA
PRAMIVERINA
PREGABALINA
PROPOFOL
RANITIDINA
RANITIDINA
REMIFENTANILO
RISPERIDONA
RISPERIDONA
SALBUTAMOL
SALES DE REHIDRATACION
TAMSULOSINA
TOXIDE TETANICO
TOBRAMICINA SOL. OFTALMICA
VENLAFAXINA

Av. 12 de Abril 5-99 entre Av. Fray Vicente Solano • Teléfono: 593 (7) 2-881339 - 2-844576 - 2-850413 - 2-847278
dpsazuay@msp.gov.ec



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Azuay

ATROPINA
CAPTAPRIL
CLORURO DE POTASIO(SOLETROL K)
CLORURO DE SODIO + LACTATO(SOLETROL B)
DEXTROSA AL 10% EN AGUA
DEXTROSA AL 5% EN AGUA
DEXTROSA AL 5% EN SOLUCION SALINA
DIAZEPAM
EPINEFRINA
FENTANILO
HIDROCORTIZONA
HIDROCORTIZONA
HIERRO
INSULINA RÁPIDA
LACTATO DE RINGER
MIDAZOLAM

Medicamentos Esenciales

ACETILCISTEINA
ACETILCISTEINA
ACICLOVIR
ÁCIDO ACETIL SALISÍLICO
ACIDO VALPROICO
ACIDO VALPROICO
ALBENDAZOL
ALBENDAZOL
ALOPURINOL
ALPRAZOLAM
AMIKACINA
AMINOACIDOS
AMIODARONA
AMIODARONA
AMLODIPINO
AMLODIPINO
AMOXICILINA
AMOXICILINA
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULANICO
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULANICO
AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULANICO
AMPICILINA
ATORVASTATINA
AZITROMICINA
AZITROMICINA
BIPERIDENO
BROMURO DE IPRATROPIO
BROMURO DE ROCURONIO
BUPIVACAINA PESADA (HIPERBÁRICA)
BUPIVACAINA SIN EPINEFRINA
BUPRENORFINA
BUTILESCOPOLAMINA
BUTILESCOPOLAMINA
CARBAMAZEPINA
CARVEDILOL
CEFALEXINA
CEFALEXINA
CEFAZOLINA
CEFTAZIDIMA
CEFTRIAXONA
CIPROFLOXACINO
CIPROFLOXACINO
CLARITROMICINA
CLARITROMICINA
CLINDAMICINA
CLINDAMICINA
CLONAZEPAM
CLONAZEPAM
CLOPIDOGREL

Av. 12 de Abril 5-99 entre Av. Fray Vicente Solano • Teléfono: 593 (7) 2-881339 - 2-844576 - 2-850413 - 2-847278
dpsazuay@msp.gov.ec



Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Azuay
Medicamentos no esenciales

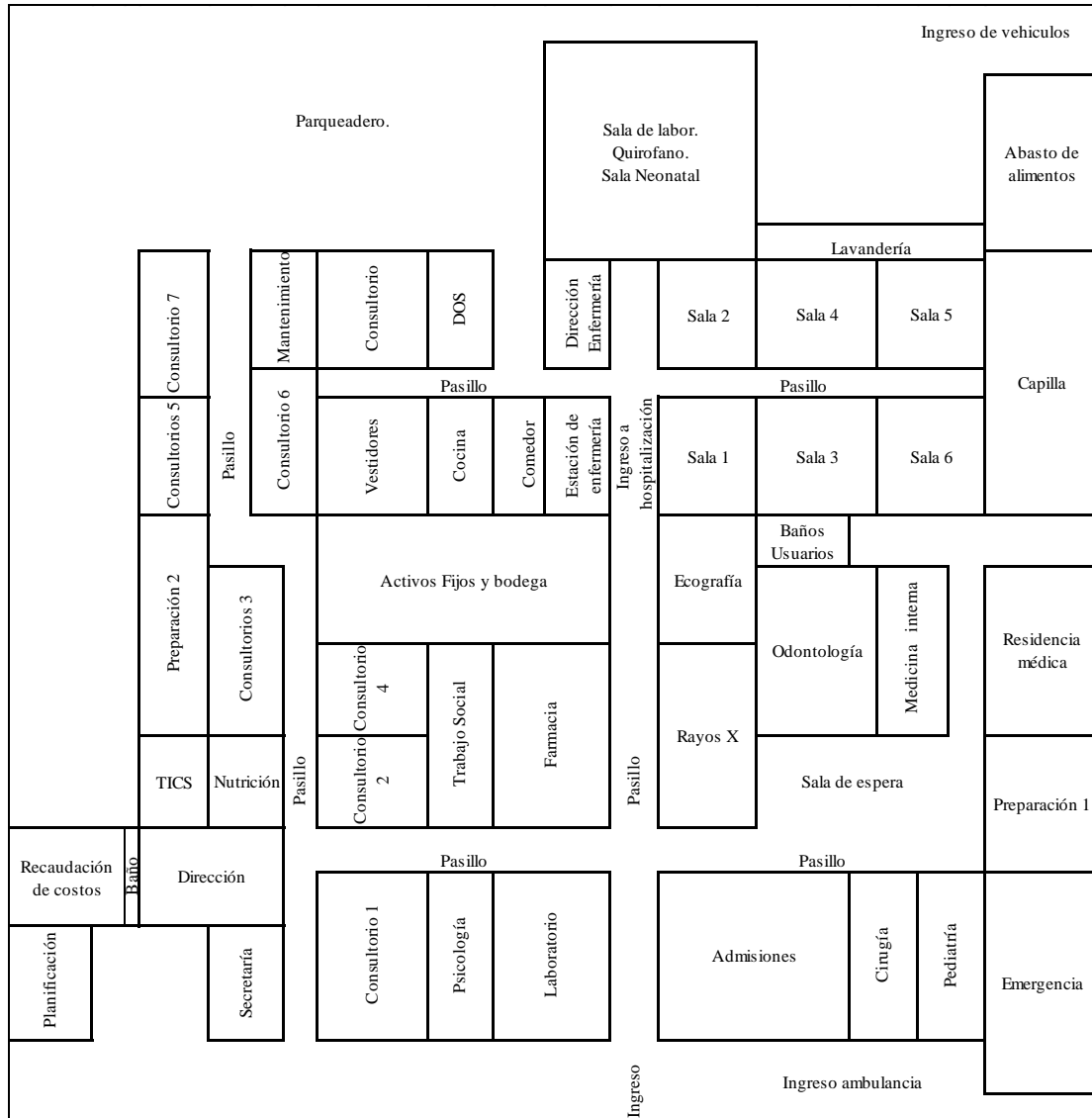
ACIDO ASCÓRBICO
ALENDRONATO
CALCIO
COMPLEJO B
COMPLEJO B
COMPLEJO B

Fuente: Farmacia del Hospital

Av. 12 de Abril 5-99 entre Av. Fray Vicente Solano • Teléfono: 593 (7) 2-881339 - 2-844576 - 2-850413 - 2-847278
dpsazuay@msp.gov.ec



Anexo 3.8. Distribución de instalaciones del hospital



Fuente: Hospital Cantonal "Moreno Vásquez".



ANEXO N° 4

FORMULARIOS DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

A continuación se presentan los formatos de los formularios que están vigentes y en uso oficial por el MSP.

Anexo 4.1. Solicitud de internación

Hospital "Moreno Vázquez"				
SOLICITUD DE INTERNACIÓN				
Ministerio de Salud Pública				
Establecimiento				
Localidad:				
Apellido Paterno		Materno	Nombres	
			N° de Hist. Clínica	
Prioridad del Ingreso		Servicio	Sala	Cama
<input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> No Urgente				
Diagnóstico Provisional				
Solicitud Fecha		Hora	Ingreso Efectuado	
			Fecha	Hora
Firma del Médico			Firma de la Admisionista	

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

ESTADO CIVIL _____

NOMBRE DE LA ESPOSA (O) _____

RESIDENCIA _____


CANTÓN _____ PARROQUIA _____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE _____

OCUPACIÓN _____



Anexo 4.3. Formulario 024

	Ministerio de Salud Pública	DIRECCIÓN DISTRITAL 01D04 - CHORDELEG - GUALACEO - SALUD Hospital "Moreno Vázquez" - Gualaceo				
Apellido Paterno	Materno	Nombres	Servicio	Sala	Cama	No. de Historia Clínica
ESTE FORMULARIO SE LLENARÁ OBLIGATORIAMENTE EN CADA UNO DE LOS CASOS DETERMINADOS EN EL MISMO						
AUTORIZACIÓN ESPECIAL						
YO, _____ CED. DE IDENTIDAD No. _____ AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO DE ESTE HOSPITAL O CLÍNICA PARA REALIZAR LA SIGUIENTE OPERACIÓN y/o TRATAMIENTO _____, Y DE LOS QUE EN EL TRANSCURSO DEL MISMO SE CONSIDERE CIENTÍFICAMENTE NECESARIOS PARA LA SALUD, EN LA PERSONA DE _____						
FECHA			FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE			
FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			
EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONAR EL HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA						
DEJO CONSTANCIA QUE YO, _____ CED. DE IDENTIDAD No. _____ ATENDIDO EN EL SERVICIO DE _____ DE ESTE HOSPITAL, SALGO POR MI PROPIA VOLUNTAD Y POR TAL RAZÓN EXONERO AL MÉDICO TRATANTE Y A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DE TODA RESPONSABILIDAD POR LOS RIESGOS QUE ME HAN SIDO ADVERTIDOS						
FECHA			FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE			
FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			
RETIRO DE MENORES Y PERSONAS INCAPACITADAS						
YO, _____ CED. DE IDENTIDAD No. _____ RESIDENTE EN (DIRECCIÓN COMPLETA) _____ EN MI CALIDAD DE _____ RETIRO EN ESTA FECHA A MI (RELACIÓN CON EL PACIENTE) _____ DEL SERVICIO DE _____ DE ESTE HOSPITAL _____ AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD QUE POR ESTE HECHO SE ORIGINE _____						
FECHA			FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE			
FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			
EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO						
YO, _____ CED. DE IDENTIDAD No. _____ AL SER ADMITIDA EN ESTE HOSPITAL DECLARO QUE NINGÚN MÉDICO U OTRO EMPLEADO DE ESTA INSTITUCIÓN HA CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE AL ESTADO REAL O APARENTE DE ABORTO						
FECHA			FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE			
FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			
AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA						
YO, _____ CED. DE IDENTIDAD No. _____ EN MI CALIDAD DE _____ AUTORIZO A ESTE HOSPITAL PARA QUE SE PRACTIQUE LA AUTOPSIA DE _____ CON EL PROPÓSITO DE DETERMINAR CIENTÍFICAMENTE LAS CAUSAS DE LA MUERTE _____						
FECHA			FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE			
FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			FIRMA Y NOMBRE DEL TESTIGO			
NOTA: se considera como representante legal: El padre o la madre, el cónyuge (Marido o Mujer) o los tutores o curadores						
M.S.P.- H.C.U.- For. 024			AUTORIZACIONES Y EXONERACIONES			



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. JO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			SERVICIO	SALA	CAMA	FLECHA	HORA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD									
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPOSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLINICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA									
PROPOSITOS					INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPOSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES ANESTESICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO	CÓDIGO		FIRMA		
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPOSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD.								FIRMAS DEL PACIENTE	
B. EL PROFESOR TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARAN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.									
C. CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD.									
D. CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA.									
E. HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS.									
F. HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO.									
G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTIA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA).									
H. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.									
I. DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACION COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.									
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTONOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANIA		FIRMA		

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Anexo 4.4. Formulario 008/2008

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CÓD. UO	CÓD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
Ministerio de Salud Pública				1009	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
					Gualaico	Gualaico	Azuay		

1 REGISTRO DE ADMISIÓN									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)				BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (URB)	N° TELÉFONO
								U R	
FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD EN AÑOS CÚMPLIDOS	GENERO M F	ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO	
						SOL	CAS	DIV	VIU U-L
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:			
EN CASO NECESARIO AVISAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO		
FORMA DE LLEGADA			FUENTE DE INFORMACIÓN		INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE		N° TELÉFONO		
AMBULATORIO	AMBULANCIA	OTRO TRANSPORTE							

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO						
HORA	TRAUMA	CAUSA CLÍNICA	CAUSA G. OBSTÉTRICA	CAUSA QUIRÚRGICA	GRUPO SANGLÍNEO Y FACTOR Rh	
NOTIFICACION A LA POLICIA	OTRO MOTIVO					

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA									
FECHA Y HORA DEL EVENTO	LUGAR DEL EVENTO		DIRECCIÓN DEL EVENTO					CUSTODIA POLICIAL	
ACCIDENTE DE TRANSITO	CAÍDA	QUEMADURA	MORDEDURA	AHOGAMIENTO	CUERPO EXTRAÑO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE		
VIOLENCIA X ARMA DE FUEGO	VIOLENCIA X ARMA C.	VIOLENCIA X RIÑA	VIOLENCIA FAMILIAR	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA		
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN X DROGAS	INHALACIÓN DE GASES	OTRA INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	PICADURA	ANAFILAXIA		
OBSERVACIONES									
							ALIENTO ETÍLICO	VALOR ALCOHOL	CHECK

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES								DESCRIBIR ABAJO, REGISTRANDO EL NÚMERO RESPECTIVO	
1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. GINECOLÓGICO	4. TRAUMATÓL.	5. QUIRÚRGICO	6. FARMACOLÓL.	7. PSIQUIATRICO	8. OTRO		

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS					DESCRIBIR: CRONOLOGÍA - LOCALIZACIÓN - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES				
VÍA AÉREA LIBRE	VÍA AÉREA OBSTRUIDA	CONDICIÓN ESTABLE	CONDICIÓN INESTABLE						

SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008

EMERGENCIA (1)

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES															
PRESIÓN ARTERIAL		F. CARDÍACA min	F. RESPIRAT. min	TEMP. BUICAL °C	TEMP. AXILAR °C	PESO Kg	TALLA m	GLASGOW	OCULAR (O)	VERBAL (V)	MOTORA (M)	TOTAL (TS)			
7 EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO															
MARCAR "SP" SI SE ENCUENTRA SIN PATOLOGÍA. MARCAR "CP" SI SE ENCUENTRA CON PATOLOGÍA. REGISTRAR ABAJO EL NÚMERO Y LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS															
1. VIA AEREA OBSTRUÍDA	3. CABEZA	3. CUELLO	4. TÓRAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS	8. EXTREMIDADES								
8 LOCALIZACIÓN DE LESIONES						9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA									
ESCRIBIR EL NÚMERO DE LA LESIÓN SOBRE LA REGIÓN CORRESPONDIENTE															
						1. HERIDA PENETRANTE 2. HERIDA CORTANTE 3. FRACTURA EXPUESTA 4. FRACTURA CERRADA 5. CUERPO EXTRAÑO 6. HEMORRAGIA 7. MORDEDURA 8. PICADURA 9. EXCORIACIÓN 10. DEFORMIDAD O MASA 11. HEMATOMA 12. ERITEMA / INFLAMACIÓN 13. LUXACIÓN / ESQUINCE 14. QUEMADURA 15.			GESTAS PARTOS ABORTOS CESÁREAS FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN SEMANAS GESTACIÓN MOVIMIENTO FETAL FRECUENCIA C. FETAL MEMBRANAS ROTAS TIEMPO ALTURA UTERINA PRESENTACIÓN PLANO DILATACIÓN ROMPIMIENTO PLANO PELVIS ÚTIL SANCRAZO VAGINAL CONTRACCIONES						
10 SOLICITUD DE EXÁMENES						REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NÚMERO									
1. BIOMETRÍA	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	5. GASOMETRÍA	7. ENDOSCOPIA	9. R.X ABDOMEN	11. TOMOGRAFÍA	13. ECOGRAFÍA PELVICA	15. INTERCONSULTA	2. URINANÁLISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTROCARDIOGRAMA	8. R.X TÓRAX	10. R.X OSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFÍA ABDOMEN	16. OTROS
11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO					12 DIAGNÓSTICO DE ALTA										
PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF					PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF										
1					1					1					
2					2					2					
3					3					3					
13 PLAN DE TRATAMIENTO															
INDICACIONES					MEDICAMENTO PRINCIPIO ACTIVO, CONCENTRACIÓN Y PRESENTACIÓN					POSOLÓGIA					
					1										
					2										
					3										
					4										
14 ALTA															
DSM/CLIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERNACIÓN	REFERENCIA	EPRESA VIVO	EN CONDICIÓN ESTABLE	EN CONDICIÓN INESTABLE	DÍAS DE INCAPACIDAD	SERVICIO DE REFERENCIA	ESTABLECIMIENTO	MUESTRO EN EMERGENCIA	CAUSA			
CÓDIGO															
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL				FIRMA					NÚMERO DE HOJA		



Anexo 4.5. Formulario 020/2008

	DIRECCIÓN DISTRITAL 01D04 - CHORDELEG - GUALACEO - SALUD Hospital "Moreno Vázquez" - Gualaceo																		
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA														
FECHA																			
DÍA DE INTERNACIÓN																			
DÍA POSTQUIRÚRGICO																			
1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA																			
PULSO ▲ O 140 130 120 42 110 41 100 40 90 39 80 38 70 37 60 36 50 35 40	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
F. RESPIRATORIA X min																			
PRESIÓN SISTÓLICA																			
PRESIÓN DIASTÓLICA																			
2 BALANCE HÍDRICO																			
INGRESOS CC	PARENTERAL																		
	VÍA ORAL																		
	TOTAL																		
ELIMINACIONES CC	ORINA																		
	DRENAJE																		
	OTROS																		
	TOTAL																		
3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																			
ASEO / BAÑO																			
PESO Kg																			
DIETA ADMINISTRADA																			
NÚMERO DE COMIDAS																			
NÚMERO DE MICCIONES																			
NÚMERO DE DEPOSICIONES																			
ACTIVIDAD FÍSICA																			
CAMBIO DE SONDA																			
RECANALIZACIÓN VÍA																			
RESPONSABLE																			

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008

SIGNOS VITALES (1)



DIRECCIÓN DISTRITAL 01D04 - CHORDELEG - GUALACEO - SALUD
Hospital "Moreno Vázquez" - Gualaceo

Ministerio de Salud Pública

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	---------	---------------------

FECHA					
DIA DE INTERACCIÓN					
DIA POSTQUIRÚRGICO					

1 SIGNOS VITALES TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO TEMP.	O ▲	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
140																	
130																	
120 42																	
110 41																	
100 40																	
90 39																	
80 38																	
70 37																	
60 36																	
50 35																	
40																	

F. RESPIRATORIA X min					
PRESIÓN SISTÓLICA					
PRESIÓN DIASTÓLICA					

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL								
	VÍA ORAL								
	TOTAL								
ELIMINACIONES CC	ORINA								
	DRENAJE								
	OTROS								
	TOTAL								

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO									
PESO Kg									
DIETA ADMINISTRADA									
NÚMERO DE COMIDAS									
NÚMERO DE MICCIONES									
NÚMERO DE DEPOSICIONES									
ACTIVIDAD FÍSICA									
CAMBIO DE Sonda									
RECANALIZACIÓN VÍA									
RESPONSABLE									

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008 SIGNOS VITALES (2)



Anexo 4.7. Formulario 004

Ministerio de Salud Pública		Dirección Provincial de Salud del Azuay DIRECCIÓN DISTRITAL 01D04 - CHORDELEG - GUALACEO - SALUD Hospital "Moreno Vázquez" - Gualaceo				Examen Físico	
		Apellido Paterno	Materno	Nombres		N° de Historia Clínica	
Estatura	Peso Actual	Peso Habitual	Pulso	Tensión Arterial	Temperatura	Respiración	
<p style="text-align: center;">RECORDATORIO</p> <p style="text-align: center;">EXAMEN SOMÁTICO GENERAL</p> <p>1.- APARIENCIA GENERAL ACTIVIDAD PSICOMOTORA ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>2.- EXAMEN REGIONAL</p> <p>3.- PIEL Y TEGUMENTOS LINFÁTICOS</p> <p>4.- CABEZA Y CUELLO ANATOMÍAS EN EL ASPECTO FORMA Y TAMAÑO, OJOS, OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA</p> <p>5.- TÓRAX ANOMALÍAS A LA INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN A) CORAZÓN B) PULMONES</p> <p>6.- ABDÓMEN ANOMALÍAS A LA INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN</p> <p>7.- REGIÓN LUMBAR ANOMALÍAS EN ASPECTO, FORMA, TAMAÑO Y SENSIBILIDAD</p> <p>8.- REGIÓN INGUINO-GENITAL ANOMALÍAS EN EL ASPECTO, FORMA, TAMAÑO A) EXAMEN GINECOLÓGICO B) EXAMEN UROLÓGICO</p> <p>9.- REGIÓN ANO - PERINEAL ANOMALÍAS A LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN TACTO RECTAL</p> <p>10.- EXTREMIDADES ANOMALÍAS EN EL ASPECTO, FORMA, TAMAÑO, SENSIBILIDAD Y MOVILIDAD</p> <p>11.- EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL</p> <p>12.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p>FECHA Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL EXAMEN</p>							
M.S.P. H.C.U. - FORM.004 EXAMEN FÍSICO							



Anexo 4.8. Formulario 022/2008

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE			APELLIDO			SEXO (M-F) N° HOJA		N° HISTORIA CLÍNICA						
1. MEDICAMENTO		2. ADMINISTRACIÓN														
		DÍA Y MES														
PRESENTACIÓN, VÍA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA		INI- INICIALES DEL RESPONSABLE FUN- ABREVIATURA DE LA FUNCIÓN														
		HORA	INI	FUNCIÓN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																

SNS-MSP / HCU - For. 022 / 2008 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY

HOSPITAL "MORENO VÁZQUEZ"
 ÁREA 5 GUALACEO

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE			APELLIDO			SEXO (M-F)		Nº HOJA		Nº HISTORIA CLÍNICA					
1 MEDICAMENTO PRESENTACIÓN, VIA, DÓSIS UNITARIA, FRECUENCIA	2 ADMINISTRACIÓN													Nº INICIALES DEL RESPONSABLE		FUNCIÓN ABREVIATURA DE LA FUNCIÓN	
	DÍA Y MES																
	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN		
	1																
	2																
	3																
	4																
	5																
	6																
	7																
8																	
9																	

SNS-MSP / HCU - for. 022 / 2008

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (2)



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE	
Ministerio de Salud Pública						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA	
PERSONA QUE RECIBE		PROFESIONAL SOLICITANTE		SERVICIO	SALA	CAMA	PRIORIDAD		FECHA DE ENTREGA	
							URGENTE	RUTINA	CONTROL	

1 HEMATOLÓGICO						3 COPROLÓGICO										
HCTO	%	HB	g / dl.	VCM		RETICULOCITOS										
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN			mm/h	HCM		DREPANOCITOS				ESPORAS				FIBRAS		
PLAQUETAS			mmc	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh				GLOBULOS ROJOS				MICELIOS	ALMIDÓN	
LEUCOCITOS			mmc	HIPOCROMIA		COOMBS DIRECTO				pH				POLIMORFOS	MOCO	GRASA
METAF	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS INDIRECTO				PROTOZOARIOS	QUSTE	TROFOZOITO		HELMINTOS	HUEVO	LARVA
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		TIEMPO DE SANGRÍA										
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		TIEMPO DEPROTROMBINA	seg									
EOSIN	%	ATIFI	%	POLICROMAT.		TIEMPO T. PARCIAL	seg									

2 UROANÁLISIS				4 QUÍMICA							
ELEMENTAL		MICROSCÓPICO		DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
DENSIDAD		LEUCOCITOS POR CAMPO		GLUCOSA EN AYUNAS				TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)			
pH		PIOCITOS POR CAMPO		GLUCOSA 2 HORAS				TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)			
PROTEÍNA		ERITROCITOS POR CAMPO		UREA				FOSFATASA ALCALINA			
GLUCOSA		CÉLULAS ALTAS		CREATININA				FOSFATASA ACIDA			
CETONA		BACTERIAS		BILIRRUBINA TOTAL				COLESTEROL TOTAL			
HEMOGLOBINA		HONGOS		BILIRRUBINA DIRECTA				COLESTEROL HDL			
BILIRRUBINA		MOCO		ACIDO ÚRICO				COLESTEROL LDL			
UROBILINOGENO		CRISTALES		PROTEÍNA TOTAL				TRIGLICÉRIDOS			
NITRITO		CLINDROS		ALBÚMINA				HIERRO SERICO			
LEUCOCITOS				GLOBULINA				AMILASA			

5 SEROLOGIA		6 BACTERIOLOGÍA		7 OTROS	
VDRL		LATEX			
AGLUTINACIONES FEBRILES		ASTO			

FECHA		HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL		CODIGO	FRMA	NUMERO DE HOJA

SNS-MSP / HCU-form.010B / 2008 LABORATORIO CLÍNICO - INFORME



Anexo 4.10. Formulario 012/2008

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA			
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA					PARROCIA	CANTÓN	PROVINCIA				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		EDAD	CÉDULA DE CIUDADANÍA			
SERVICIO			SALA	CAMA	PRIORIDAD		FECHA DE TOMA				
					URGENTE	RUTINA	CONTROL				
1. ESTUDIO SOLICITADO											
RX CONVENCIONAL	TOMOGRFÍA	RESONANCIA	ECOGRFÍA	PROCEDIMIENTO	OTROS						
DESCRIPCIÓN →											
PUEDE MOVILIZARSE		PUEDE RETIRARSE VENDAS, APÓSITOS O YESOS		EL MÉDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXÁMEN		TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA					
2. MOTIVO DE LA SOLICITUD											
3. RESUMEN CLÍNICO					4. DIAGNOSTICOS						
					CIE = CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEADES PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO						
					CIE	PRE	DEF				
					1						
					2						
					3						
					4						
					5						
CODIGO											
FECHA		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NÚMERO DE HOJA			

SNS - MSP / HCU-Form 012A / 2008

IMAGENOLOGIA - SOLICITUD



Anexo 4.12. Formulario 017

“Hospital Moreno Vázquez” - Gualaceo

Apellido Paterno	Materno	Nombres	Nº de la Historia Clínica
Servicio	Sala	Cama Nº	

DIAGNÓSTICOS	OPERACIÓN
Pre-Operatorio _____	Proyectada _____ Efectiva <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Palcativa <input type="checkbox"/>
Post-Operatorio _____	Realizada _____

EQUIPO OPERATORIO					
Cirujano			Instrumentista		
Primer Ayudante			Circulante		
Segundo Ayudante			Anestesiista		
Tercer Ayudante			Ayudante de Anestesia		
FECHA DE OPERACIÓN		Hora de Inicio	Hora de Terminación	Tipo de Anestesia	
Día	Mes	Año			

TIEMPOS QUIRURGICOS

Dilátesis _____

Exposición _____

Exploración y Hallazgos Quirúrgicos _____

Procedimiento Operatorio _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DISTRITO DE SALUD QUITO GUAYASO - CHONDELEO
HOSPITAL MORENO VAZQUEZ

FECHA: / / HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRE PACIENTE:

TIPO DE CIRUGÍA:

APILIANO: AYUDANTE:

ANESTESIOLOGO: RESPONSABLE:

LA CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

¿El paciente confirmó su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
SI NO

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
SI NO NO PROCEDE

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
SI NO

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
SI NO

¿Tiene el paciente...
...Alergias conocidas?
NO SI

...Via aérea difícil / riesgo de aspiración?
NO SI y hay instrumental y equipos / ayuda disponible.

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?
NO SI y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV a centrales.

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
SI NO

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
SI NO

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
SI NO NO PROCEDE

Previsión de eventos críticos

Cirujano:
¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
¿Cuánto durará la operación?
¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista:
¿Presenta el paciente algún problema específico?
Equipo de enfermería:
¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
SI NO NO PROCEDE

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO

El enfermero confirma verbalmente:
El nombre del procedimiento.
El recuento de instrumentos, gasas y agujas.
El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).
SI hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos:
Cirujano, anestesiista y enfermero:
¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de este paciente?



Anexo 4.14. Formulario 001/2008

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA				
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA					
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN													
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		N° CÉDULA DE CIUDADANÍA					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° MANZANA Y CASA)			BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA (URB)	N° TELEFONO					
FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (PAIS)		GRUPO CULTURAL		EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO M F	ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VU U-L	INSTRUCCIÓN: ÚLTIMO AÑO APROBADO		
FECHA DE ADMISIÓN		OCCUPACIÓN		EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD		REFERIDO DE:					
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:			PARENTESCO / AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELEFONO						
										CÓDIGO			
										ADMISIONISTA			
COD= CÓDIGO U= URBANA R= RURAL M= MASCULINO F= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VU= VIUDO U-L= UNIÓN LIBRE													
2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES													
N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA ADMISIONISTA	SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA	N°	FECHA	EDAD	REFERIDO DE:	PRIMERA ADMISIONISTA	SUB SECUENTE	CÓDIGO ADMISIONISTA
1							11						
2							12						
3							13						
4							14						
5							15						
6							16						
7							17						
8							18						
9							19						
10							20						
3 REGISTRO DE CAMBIOS													
1	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD							
2	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD							
3	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD							
4	FECHA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA	TIPO DE SEGURO DE SALUD							
4 INFORMACIÓN ADICIONAL													
ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECÍFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO.													

SNS-MSP / HCU-form.001 / 2008

ADMISIÓN



5 ALTA AMBULATORIA																	
NÚMERO DE ORDEN	FECHAS DE ADMISIÓN Y ALTA	DÍA/MES/AÑO	CONSULTAS DE EFECTUACIÓN			NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS	ESPECIALIDAD DEL SERVICIO	CONDICIÓN AL ALTA			CÓDIGO DEL RESPONSABLE						
			CURADO	IGUAL	PEOR			MUERTO									
CARACTERÍSTICAS							DIAGNOSTICO					TRATAMIENTO					
							CIE	DIAGNOSTICOS O SINDROMES	DEFINITIVO	PRESUNTIVO	CIE	DEFINITIVO	PRESUNTIVO	CLINICO	QUIRURGICO	PROCEDIMIENTOS CLINICOS O QUIRURGICOS PRINCIPALES	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

6 EGRESO HOSPITALARIO																	
NÚMERO DE ORDEN	FECHAS DE ADMISIÓN Y EGRESO	DÍA/MES/AÑO	CONDICIÓN AL EGRESO			NÚMERO DE DÍAS DE ESTADIA	SERVICIO	CONDICIÓN AL EGRESO			CÓDIGO DEL RESPONSABLE						
			ALTA	MUERTE MENOS DE 48 HORAS	MUERTE MAS DE 48 HORAS			MUERTO									
CARACTERÍSTICAS							DIAGNOSTICO					TRATAMIENTO					
							CIE	DIAGNOSTICOS O SINDROMES	DEFINITIVO	PRESUNTIVO	CIE	DEFINITIVO	PRESUNTIVO	CLINICO	QUIRURGICO	PROCEDIMIENTOS CLINICOS O QUIRURGICOS PRINCIPALES	
1																	
2																	
3																	
4																	

SNS-MSP / HCU-form.001 / 2008

ALTA - EGRESO

Anexo 4.15. Receta médica

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY	
DIRECCIÓN DISTRITAL 01D04 CHORDELEG - GUALACEO - SALUD	
SERVICIO	UNIDAD OPERATIVA
DÍA, MES, AÑO	
DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRES Y APELLIDOS	RECETA N° 0128621
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	H. CLÍNICA CIE 10
EDAD: AÑOS MESES	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATOS DEL MEDICAMENTO	NACIONALIDAD:
NOMBRE GENÉRICO o DCI, CONCENTRACIÓN, FORMA FARMACÉUTICA, CANTIDAD EN NÚMEROS Y LETRAS	TRATAMIENTO: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>
DATOS DEL PRESCRIPTOR	PAUTA
Espacio para el sello y firma del prescriptor (nombre, apellido, especialidad, libro, folio y número)	DOSIS
	FRECUENCIA
	DURACIÓN
INDICACIONES	RECETA N° 0128621
NOMBRE DEL PACIENTE:	DÍA, MES, AÑO
DOSIS	DISPENSADOR
FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN
DURACIÓN	<input type="checkbox"/> MAÑANA <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> MEDIO DÍA <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> NOCHE <input type="checkbox"/> HORA
FIRMA Y SELLO	ADVERTENCIAS

Esta receta tiene validez para la entrega de medicamentos, Un día

Anexo 4.16. Turno.


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL "MORENO VAZQUEZ" GUALACEO

11:40 En la MAÑANA
TURNO 9

FECHA: **miércoles 29/oct/2014**
PEDIATRIA CONSULTORIO
DR@ DE ESPECIALIDAD

NroHistoria: **72476**
 Apellidos: **LUCERO JUELA**
 Nombres: **BRYAN ANDRES**

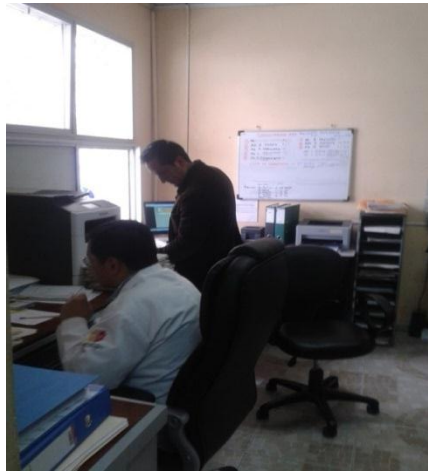
Favor Llegar una HORA antes a Preparación!

odestruge >>> 29/10/2014 >>> 15:27:33

ANEXO N° 5

FOTOGRAFÍAS INSTITUCIONALES

Admisiones



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Archivo de Historias clínicas Admisiones.



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Farmacia



Fuente: Hospital "Moreno Vásquez".

Medicamentos



Fuente: Hospital "Moreno Vásquez".

Consultorio Odontológico



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Hospitalización



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Estación de enfermería



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Emergencia



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.

Pasillo Consulta externa



Fuente: Hospital “Moreno Vásquez”.



GLOSARIO

Actividad o procedimiento quirúrgico: Es la operación a un paciente, sea esta total o parcial de lesiones originadas por enfermedades o accidentes.

Anamnesis: Información del paciente que es obtenida por el médico, a través de preguntas específicas.

Ambulatorio: Tratamiento o enfermedad, que no requiere que el paciente permanezca en una cama hospitalaria.

Atención pre-hospitalaria: Consiste en el servicio de atención médica al paciente desde el momento del incidente hasta el transporte al establecimiento de salud.

Atención primaria: Asistencia sanitaria básica a todos los individuos y familias de la comunidad en las condiciones y con los instrumentos necesarios.

Cama hospitalaria: Instalación de uso de pacientes hospitalizados que incluye recursos de personal, espacio, equipos y materiales para la atención médica.

Código de ética: Instrumento que recoge principios, valores, políticas y conductas que se viven dentro de una organización.

Concurso de méritos y oposición: Procedimiento de ingreso a un cargo público, en base a un criterio de selección por idoneidad de los postulantes en igualdad de oportunidades y parámetros normativos.

CGE: Contraloría General del Estado.

Consentimiento informado: Es el consentimiento de una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, operación, etc., luego de haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes.

Consulta externa: Es un sector del establecimiento de salud destinado a la atención ambulatoria de individuos dentro de cada especialidad médica.



COSO: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway (Comité de Organizaciones Patrocinadas de la Comisión Treadway).

Devengante de beca: Estudiante que no tiene relación de dependencia con el MSP., ganador de un concurso para otorgamiento de becas financiadas por las instituciones universitarias.

Distributivo: Documento en el que consta el cargo y remuneración de los servidores públicos de una institución.

Distribución de medicamentos: Es un proceso dentro de la gestión de suministro de medicamentos, siendo importante la oportunidad en la entrega y cumplimiento de las especificaciones del pedido, como aspectos que facilitan los procesos administrativos y que permiten ingresar los productos de manera adecuada.

Economía: Hace referencia al cumplimiento de objetivos al mínimo costo.

Eficacia: Únicamente hace referencia al logro o cumplimiento de los objetivos planteados.

Eficiencia: Hace referencia al logro de objetivos, pero en relación a los recursos empleados.

Egresos de hospitalización: Es la salida del establecimiento de un paciente hospitalizado, es decir la terminación del período de la hospitalización y la desocupación de una cama del hospital ya sea por alta o defunción.

Enfermera interna: Enfermera encargada del diagnóstico y tratamiento de un paciente en consulta.

Enfermera rural: Enfermera seleccionada, dentro del proceso de año de salud rural.

Entidad: Consiste en toda colectividad, que de alguna manera se pueda considerar como una unidad.

Epicrisis: Periodo posterior a la crisis de una enfermedad.



Estrategia.- Son un conjunto general de acciones consideraras para el logro de una misión específica.

EVAL: Formulario que mide el nivel de desempeño y cumplimiento de objetivos de los servidores públicos.

Farmacia hospitalaria: Servicio que abarca la selección, preparación, conservación, formulación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, así como del asesoramiento sobre su uso seguro y eficiente.

FODA: Es una herramienta de análisis situacional, la cual se enfoca en el estudio de aspectos interno como fortalezas- debilidades y aspectos externos como fortalezas-amenazas de una organización o proyecto.

FONSAT: Es el Fondo del Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito, seguro que cubre gastos de la atención médica a víctimas de accidentes de tránsito, en el caso de vehículos fantasma o de vehículos que al momento del accidente no contaban con el seguro.

Historia clínica: Registro escrito y organizado de todas las atenciones médicas dentro de una unidad clínica.

Hospital de segundo nivel: Hospitales que tienen la capacidad de internar pacientes, pero únicamente cuenta con especialidades básicas a más de la atención de medicina general.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Ingreso a hospitalización: Es la entrada formal de un paciente a la sala hospitalaria del hospital, de conformidad a los protocolos pre-establecidos.

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

LOTAIP: Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

LOSEP: Ley Orgánica de Servicio Público.



Médico internista: Profesional médico especializado en la atención clínica integral del paciente en lo relacionado a sus órganos internos y que no requieran tratamiento en base a cirugía.

Memorando: Documento breve manejado entre departamentos para comunicar asuntos referentes a cierta indicación, recomendación o disposición.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OLIMPO: Es un programa informático utilizado para el control de registro y stock de inventarios.

Organigrama: Representación gráfica de la estructura orgánica de una organización.

Organización.- Consiste en un grupo social compuesto por personas y funciones, que conforman una estructura sistemática interactuante, para el desarrollo de bienes, servicio o normativa y así poder lograr su fin o misión motivo de su existencia.

Paciente hospitalizado: Es la persona que ocupa una cama del hospital, mientras recibe atención de diagnóstico y/o tratamiento.

POA: Plan Operativo Anual.

Política: Son guías generales que sirven de orientación en el desarrollo de un proceso o la toma de decisiones dentro de un área específica.

Preparación: Procedimiento previo a la consulta, donde se realiza un registro de signos vitales como temperatura, presión, peso etc.

Presupuesto público: Es un instrumento que utiliza el Estado, mediante el cual se asigna recursos en base a estimaciones para cubrir gastos, con el fin de dar cumplimiento de metas y objetivos públicos.

Proceso: Es un conjunto de actividades lógicas y ordenadas, que se llevan a cabo con el fin de convertir los elementos de entrada en resultados.



Proceso de inducción de personal: Conjunto de pasos que busca orientar ubicar y supervisar al personal recién ingresado a una organización.

QUIPUX: Sistema de gestión documental con validez legal, que permite el control de documentos electrónicos e información referencial, sean internas o externas.

Receta médica: Documento médico asistencial y de control que permite la comunicación entre el prescriptor, dispensador (farmacia) y paciente.

Red pública de salud: Conjunto de establecimientos y centros de salud de diferentes niveles de complejidad, cuya combinación de recursos asegura la atención oportuna a los pacientes.

Referencia y contra-referencia: Procedimiento médico que consiste en una obtener otra opinión, sobre el diagnóstico o situación de un determinado paciente, con otros especialistas, ya sea dentro o fuera del centro hospitalario.

Riesgo: Posibilidad de que un evento ocurra , mismo que afectara en forma negativa.

Sector Público: Entidades, instituciones y organismos establecidos en el artículo 225 de la Constitución de la República del Ecuador.

SOAT: Es el Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito, seguro que cubre gastos de la atención médica a víctimas de accidentes de tránsito.

Stock: Es el conjunto de mercadería que se almacena para su posterior comercialización.

Subproceso: Es en sí un proceso que hace parte de un proceso mayor o principal.

Trámite: Es un proceso administrativo que se realiza para lograr un resultado u objetivo.



Triaje: Es un método médico para la selección y clasificación de los pacientes, basado en la priorización de requerimiento de atención inmediata vital.

WIZARD 2.0: Es un programa informático utilizado dentro de admisiones, para agendar citas y poder llevar un control sobre ellas.



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

BARLEY, D. L. (1998). *GUIA DE AUDITORIA*. ESPAÑA: ISBN.

GOMEZ, G. (1994). *PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE EMPRESAS*. Naucalpan de Juárez: McGraw Hill.

INTERNET

DOCUMENTOS WEB

COMITEE OF SPONSORING ORGANIZATION OF THE TREADWAY

COMMISSION. (05 de 2013). *CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO DE LA REPUBLICA DEL PERU*. Recuperado el 12 de 03 de 2014, de http://doc.contraloria.gob.pe/Control-Interno/Normativa_Asociada/coso_2013-resumen-ejecutivo.pdf

CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO. (01 de 12 de 2009).

CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO DEL ECUADOR. Recuperado el 03 de 12 de 2014, de <http://www.contraloria.gob.ec/documentos/normatividad/ACUERDO%20039%20CG%202009%205%20Normas%20de%20Control%20Interno.pdf>

CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO. (2011). *CONTRALORIA GENERAL*

DEL ESTADO. Recuperado el 20 de 11 de 2014, de <http://www.contraloria.gob.ec/documentos/normatividad/Acuerdo047-CG-2011GUIAMETODOLIGICAPARAAUDITORIADEGESTION.pdf>

DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN DE PROCESOS. (07 de 2013).

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR. Recuperado el 05 de 11 de 2014, de http://issuu.com/saludecuador/docs/guia_autolevantamiento_v12/1?e=6036101/4542740



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (25 de 09 de 2012). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*. Recuperado el 20 de 11 de 2014, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dsg/migracion/1_00001537_2012_ac_00001537_2012_RO.pdf

SITIOS WEB

BARRERA, HEREDIA. (2013). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA CODIGO DE ETICA*. Recuperado el 20 de 12 de 2014, de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/proyectos-programas/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/historia/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/informacion-general/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/camas-disponibles/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/mision-vision/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ*. Recuperado el 30 de 10 de 2014, de <http://a5g.gob.ec/hospital/objetivos/>



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

DISEÑO DE TESIS

TEMA:

**IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL
HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO.**

AUTOR:

DIEGO PATRICIO CHIMBO DUCHITANGA

ASESOR DE DISEÑO DE TESIS:

ING. COM. OSWALDO GENARO PEÑA CORDERO

CUENCA – ECUADOR

2014



1. SELECCIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA

1.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 **CONTENIDO:** Auditoría.

1.1.2 **LUGAR DE APLICACIÓN:** HOSPITAL CANTONAL MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO.

1.1.3 **DELIMITACIÓN DE APLICACIÓN:** Control interno.

1.1.4 **TIEMPO:** Año 2014.

1.2 TEMA

IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ” DE GUALACEO.

1.3 IMPORTANCIA Y MOTIVACIÓN

El tema ha sido seleccionado ya que se considera que en la actualidad toda organización, a través de un buen sistema de control interno puede lograr una óptima gestión y dirección, que le permita alcanzar sus metas y objetivos a través del adecuado manejo de sus recursos tanto en eficiencia, eficacia y economía, con sistemas que le permitan generar información fiable y oportuna, siempre en un apego a leyes y normas aplicables.

En base a todo lo antes mencionado se entiende la influencia que tendría el evaluar y mejorar el sistema de control interno dentro del hospital, considerando que como organización cumple con prestaciones médicas imprescindibles para la comunidad, las cuales deben llevarse a cabo con responsabilidad y alto grado de calidad.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- a. **ACADÉMICA.-** Se considera este tema como un trabajo de suma importancia, que permitirá llevar a la práctica todos aquellos conocimientos adquiridos en el proceso universitario, así también como podrá ser un estudio guía o referente para futuras



investigaciones sobre temas de control interno en el ámbito de hospitales.

- b. INSTITUCIONAL.-** Permitirá a la institución fortalecer su sistema de control interno, lo cual le ayudara a mantener un uso adecuado de fondos y recursos públicos, facilitar la detección de problemas para que estos puedan ser solucionados de forma oportuna y servir de ejemplo a otros centros hospitalarios.
- c. SOCIAL.-** Con base a la presente propuesta el hospital podrá mejorar la atención a los usuarios, logrando incrementar el grado de satisfacción en los mismos y así contribuir con el buen vivir de la sociedad.

3. BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

a. INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL MORENO VAZQUEZ DE GUALACEO:

Dirección: 9 de Octubre 11-68 y Abelardo J Andrade.

Categoría: Nivel 2. (Cuatro especialidades básicas.)

Ciudad: Gualaceo.

Cantón: Gualaceo.

Provincia: Azuay.

Fecha de construcción: Noviembre de 1975.

MISIÓN

La misión del hospital es garantizar la atención gratuita y de calidad a la población del área de influencia y programática, a través de un modelo



prestacional de cuidado progresivo y organizado en función de la satisfacción del usuario, articulado de forma horizontal y vertical con los servicios básicos de salud: clínica, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y también disponemos de urología, imagenología, laboratorio, Rx, y tomografía, tratando de aumentar la eficiencia, que promueva la satisfacción del usuario interno y externo. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

VISIÓN

Brindar atención de calidad a la población de nuestras unidades hospitalarias de forma integral e integrado con enfoque intercultural con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, acorde con el segundo nivel, contando con tecnología de avanzada refiriendo en casos extremos a unidades de mayor complejidad en el tercer nivel.

Contaremos con un presupuesto financiado por el estado acorde a las necesidades y análisis de costos efectividad, dispondremos de una funcional infraestructura física, incluyendo personal altamente capacitado y comprometido con las políticas de la organización, sujetos a evaluaciones periódicas contando con la veeduría ciudadana, lo que garantizara la satisfacción de los usuarios. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

HISTORIA

El 9 de Marzo de 1889, el Sr. Manuel Moreno Vázquez, ciudadano de Gualaceo, soltero de 70 años, hijo de los señores: José Moreno Vázquez y Juana Antonia Vázquez, realiza su testamento y entre otros legados deja la suma de (20mil pesos) para que se funde un hospital de caridad en el centro de Gualaceo; ordenando que se compre con ese dinero un terreno para la construcción del Hospital, dejando bajo la dependencia de la iglesia católica.



La comunidad de religiosas dominicanas, vienen para hacerse cargo de esta obra en el año de 1908, inicialmente existían paredes y el techo del primer pabellón sin acabados. Las religiosas dominicanas vienen con espíritu misionero para trabajar en este bello proyecto, primero en la construcción, adecuación, organización e implementación de todos los servicios, sin escatimar esfuerzos, con el fin de llegar al servicio de todos los enfermos y de todos cuantos requieran de su ayuda.

En el año de 1919 se llega inaugurar el Hospital Moreno Vázquez, con seis pacientes hospitalizados. Las religiosas se encargaban de otro trabajo, la madre Victoria Navarro hacía de enfermera y boticaria quien gracias a su influencia y gestiones consigue una gran dotación de medicamentos, que les fueron enviados a España y quien fue de gran ayuda para los pacientes.

Con el paso de los años crecen las necesidades y demandas de hospitalización para tanto enfermo; por otro lado, el hospital tenía muchas carencias e incomodidades. Aún en lo más elemental así por ejemplo: falta de agua, servicios higiénicos, duchas para aliviar las necesidades humanas de enfermos y personal, solo había agua de un molino que llegaba por una acequia abierta que desembocaba en el río, la luz eléctrica era deficiente, etc.

En la dictadura de Federico Páez y como prelado Diocesano Monseñor Manuel María Poli, se hace un convenio con el gobierno central, con el cual sede todos los bienes del hospital en los años 1936-1937, y el gobierno se hace cargo de continuar con el mantenimiento total del hospital. Con el hospital en manos del gobierno, se empieza a recibir pacientes y es nombrado como primer médico el Dr. Ignacio Jaramillo, la comunidad nombra como superiora a la madre Clementina Flores Cordero, para el período de 1939-1944, sigue con su ayuda generosa de la Srta. Mercedes Vázquez Correa y juntas dan un gran impulso a la institución, que a la fecha ya contaba con varias salas para hombres,



mujeres, farmacia, curaciones, sala para niños, sala para operaciones y de partos. El 28 de Noviembre de 1975 el hospital Moreno Vázquez pasa a funcionar en el edificio nuevo que el gobierno hizo construir en el centro de Gualaceo, ubicado en las calles: 9 de octubre, Fidel Antonio Piedra y Abelardo J Andrade, con una capacidad para 25 camas y todos los demás servicios necesarios para su funcionamiento. (HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ, 2014)

4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

4.1 LISTADO DE PROBLEMAS

1. Necesidad de fortalecimiento de los procesos de inducción al personal.
2. Falta de estabilidad en algunos puestos y continua rotación del personal médico.
3. Falta de mecanismos de seguimiento al desempeño de cierta parte del personal.
4. Limitaciones en el presupuesto asignado por el Estado.
5. Limitaciones de infraestructura.
6. Diferentes modalidades contractuales.
7. Falta de conocimiento de las políticas de control por cierta parte del personal.
8. Falta capacitaciones en ciertas áreas informáticas.
9. Falta de actualización de su página WEB, como medio de comunicación.

Como problema principal se tiene la necesidad de revisión general de los diferentes componentes del control interno del hospital, tanto en su aplicación como en su seguimiento, teniendo como principal fuente de dificultad la alta rotación de cierta parte del personal y los procesos de inducción.

5.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer la implementación de un conjunto de herramientas de control interno, con el fin de mejorar el logro de los objetivos perseguidos por el sistema actual del **HOSPITAL CANTONAL “MORENO VASQUEZ DE GUALACEO”**, tanto en eficacia, eficiencia y economía de sus operaciones, la generación de información suficiente y confiable, así como también el apego al cumplimiento de las leyes y normativas vigentes.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- Alcanzar un conocimiento básico sobre el funcionamiento y estructura que posee el hospital.
- Evaluar el actual sistema de control interno que posee la institución al 2014, para poder conocer sus fortalezas y debilidades, a través de los métodos de evaluación de control interno.
- Proponer herramientas y recomendaciones claras aplicadas o como guías metodológicas, para que el hospital logre una mejor coordinación entre sus diferentes procesos, permitiéndole que las operaciones se cumplan en eficacia, eficiencia y economía.

6.- ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

6.1. MARCO DE ANTECEDENTES

Para la elaboración de la tesis se consideraron como marco de antecedentes, los siguientes trabajos académicos:

Tesis pregrado

Autores.- Herrera Tapia Mariela Liliana y Rengel Hinojosa Marco Rolando.

Tema.- “Implantación de control interno en el Hospital San Agustín, ubicado en la provincia de Cotopaxi, capital Latacunga.”

Universidad.- Universidad Técnica de Cotopaxi.

Año de publicación de la tesis para pregrado.- 2011.

La presente tesis desarrollada en el año 2011, busco mejorar el sistema de control interno del hospital, en base a una metodología de investigación descriptiva y teniendo como resultados la importancia de implementar dicho sistema para optimizar el uso de recursos y lograr un mejor servicio para la comunidad.

Tesis maestría

Autor.- Álvarez Peláez Carlos Eduardo.

Tema.- “Fortalecimiento de atención de servicio de consulta externa del hospital Moreno Vásquez, año 2013.”



Universidad.- Universidad Técnica Particular de Loja.

Año de publicación de la tesis para maestría.- 2014.

La presente tesis desarrollada en el año 2013, busco mejorar el servicio de consulta externa del hospital, analizando su nivel de calidad y con la elaboración de indicadores de calidad de atención, capacitación al personal en atención al usuario y mejoramiento de la señalética de la institución, limitándose al servicio de consulta externa y no a todo el hospital.

6.2. MARCO TEÓRICO

CONTROL INTERNO: Es un medio utilizado para la consecución de un fin, no un fin en sí mismo, así como también constituye un proceso efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de una entidad con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable, en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Eficiencia y eficacia de las operaciones.
- Fiabilidad de la información.
- Cumplimiento de las leyes y normas aplicables. (LYBRAND, 1997)

ELEMENTOS DEL COSO I

- **AMBIENTE DE CONTROL:** Es el fundamento de todos los demás componentes del control interno, proporcionando disciplina y estructura, los factores del ambiente de control incluyen la integridad, los valores éticos y la competencia de la gente de la entidad; la filosofía y el estilo de operación de la administración; la manera en como la administración asigna autoridad y responsabilidad y como organiza y desarrolla a su gente; la atención y dirección proporcionada por el consejo de directores. (LYBRAND, 1997)
- **VALORACIÓN DE RIESGOS:** Cada entidad se enfrenta a diversos riesgos externos e internos que tienen que ser evaluados. Una condición previa a la evaluación de los riesgos es la identificación de

los objetivos a los distintos niveles, vinculados entre sí e internamente coherentes. Consiste en la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos y sirve de base para determinar cómo han de ser gestionados los riesgos. (LYBRAND, 1997)

- **ACTIVIDADES DE CONTROL:** Son las políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección. (LYBRAND, 1997)
- **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** Hay que identificar, recopilar y comunicar información pertinente en la forma y plazo que permita cumplir a cada empleado con sus responsabilidades. (LYBRAND, 1997)
- **MONITOREO:** es un proceso que comprueba que se mantiene el adecuado funcionamiento del sistema a lo largo del tiempo. (LYBRAND, 1997)

ENTERPRISE RISK MANAGEMENT – ERM: Es un conjunto de acciones llevadas a cabo por el directorio, la gerencia y el resto del personal de una entidad, aplicado en la definición de la estrategia y que abarca a toda la empresa, destinado a identificar acontecimientos eventuales que puedan afectar a la entidad y a procurar que los riesgos estén dentro del nivel de riesgo aceptado para proveer una seguridad razonable con respecto al logro de los objetivos de la entidad. (FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y DE ADMINISTRACION UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, 2014)

ELEMENTOS DEL COSO ERM

- **AMBIENTE INTERNO:** Abarca el talante de una organización y establece la base de como el personal de la entidad percibe y trata los riesgos, incluyendo la filosofía para su gestión, el riesgo aceptado, la integridad y valores éticos y el entorno en que se actúa. (A&H CONSULTORES, 2014)



- **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:** Los objetivos deben existir antes de que la dirección pueda identificar potenciales eventos que afecten a su consecución. La gestión de riesgos corporativos asegura que la dirección ha establecido un proceso para fijar objetivos y que los objetivos seleccionados apoyan la misión de la entidad y están en línea con ella, además de ser consecuentes con el riesgo aceptado. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS:** Los acontecimientos internos y externos que afectan a los objetivos de la entidad deben ser identificados, diferenciando entre riesgos y oportunidades. Estas últimas revierten hacia la estrategia de la dirección o los procesos para fijar objetivos. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **EVALUACIÓN DE RIESGOS:** Los riesgos se analizan considerando su probabilidad e impacto como base para determinar como deben ser gestionados y se evalúan desde una doble perspectiva, inherente y residual. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **RESPUESTA AL RIESGO:** La dirección selecciona las posibles respuestas -evitar, aceptar, reducir o compartir los riesgos - desarrollando una serie de acciones para alinearlos con el riesgo aceptado y las tolerancias al riesgo de la entidad. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **ACTIVIDADES DE CONTROL:** Las políticas y procedimientos se establecen e implantan para ayudar a asegurar que las respuestas a los riesgos se llevan a cabo eficazmente. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** La información relevante se identifica, capta y comunica en forma y plazo adecuado para permitir al personal afrontar sus responsabilidades. Una comunicación eficaz debe producirse en un sentido amplio, fluyendo en todas direcciones dentro de la entidad. (A&H CONSULTORES, 2014)
- **SUPERVISIÓN:** La totalidad de la gestión de riesgos corporativos se supervisa, realizando modificaciones oportunas cuando se necesiten.

Esta supervisión se lleva a cabo mediante actividades permanentes de la dirección, evaluaciones independientes o ambas actuaciones a la vez. (A&H CONSULTORES, 2014)

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

DIAGRAMA DE FLUJO: es un método particularmente efectivo de reflejar las relaciones entre las diversas funciones de las operaciones de una empresa, que muestra gráficamente las interrelaciones de los sistemas operativos. Es un método efectivo de mostrar el flujo de la información, los diversos pasos que se llevan a cabo, la distribución de formas y los controles establecidos en las diversas operaciones. (J.W COOK, G.M. WINKLE, 1987)

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO: Es otra de las herramientas que puede emplear el auditor, la gran mayoría de cuestionarios están formulados de forma que la respuesta a cada pregunta sea un “sí” o un “no”. La respuesta afirmativa indica que existe un nivel de control cumplido o satisfactorio, y la negativa que hay debilidades o deficiencia en el control y deben revisarse más profundamente sobre el problema. (R.BARLEY, 1998)

DESCRIPCIONES O NARRACIONES: El auditor puede documentar por medio de una narración su entendimiento del sistema o proceso analizado, tendiendo como principal ventaja la flexibilidad de descripción, sin embargo siempre dependiendo de la capacidad de narrativa que posea el profesional. (R.BARLEY, 1998)

6.3 MARCO CONCEPTUAL

CONTROLES ADMINISTRATIVOS: “Son procedimientos y métodos que se relacionan sobre todo con las operaciones de una empresa y con las directivas, políticas e informes administrativos” (J.W. COOK, G.M. WINKLE, 1987)

EFICACIA: “Actividad para obrar o seguir un determinado objetivo.” (CULTURAL S.A., 1999)



EFICIENCIA: “Capacidad para utilizar los medios de que se dispone de la forma más eficaz posible en la consecución de los objetivos planteados.” (CULTURAL S.A., 1999)

ECONOMÍA: “Correcta administración de los bienes con los que se cuenta.” (CULTURAL S.A., 1999)

NORMA: “Conjunto de especificaciones que se dan en una empresa, sector, etc., para que la realización de determinados productos se desarrolle con arreglo a las mismas.” (CULTURAL S.A., 1999)

ORGANIGRAMA: “Las líneas de autoridad y responsabilidad se presentan en forma de diagrama, debe ser evidente la separación de la función, ya que es una visión amplia de la estructura de la organización de una institución.” (J.W COOK, G.M. WINKLE, 1987)

PROCESO: “Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.” (WORDREFERENCE, 2014)

HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (Baja complejidad) Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de médicos generales. Son aquellos donde se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del plan local de salud, consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización, atención de urgencias y de partos de baja complejidad. (ORGANISMO ANDINO DE SALUD, 2014)

HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL (Media complejidad) Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de especialistas básicos. Son aquellos donde se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Interna, ortopedia y Cirugía); atención de partos y cesáreas de mediana complejidad, laboratorio e imagenología de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada,

consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional. (ORGANISMO ANDINO DE SALUD, 2014)

HOSPITALES DE TERCER Y CUARTO NIVEL (Alta complejidad)

Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de especialistas mayores (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a la necesidad). son aquellos que brindan atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles (primer y segundo nivel), que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. (ORGANISMO ANDINO DE SALUD, 2014)

PROCESO HABILITANTE DE APOYO: Son los que generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la gestión institucional. De los procesos de apoyo se encarga la Coordinación Administrativa Financiera. (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA., 2014)

7.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Es adecuado el actual sistema de control interno del Hospital?

¿Es posible una mejora en el sistema de control interno del Hospital?

8.- CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

ESQUEMA TENTATIVO	VARIABLES	INDICADORES
IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO	Planificación. (POA) Servicios del hospital.	-Cumplimiento de objetivos. (indicadores de cumplimiento) -Control de manejo de historias clínicas. -Control de formularios.



Medicamentos. (Farmacia)		-Control de recetas e inventarios.
Riesgos. (mapa de riesgos)	de	-Respuestas a los riesgos.
Procedimientos hospital.	del	-Manuales de procesos. -Políticas de control. -Establecimiento del código de ética.
Personal del hospital.		-Proceso de inducción. -Número de capacitaciones. -Evaluaciones de desempeño.
Canales de comunicación.	de	-Uso de correos electrónicos. -Uso de la página WEB.

9.- DISEÑO METODOLÓGICO

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará una investigación científica, tanto descriptiva como explicativa, cuyo fin de la primera es describir características fundamentales y de la segunda es establecer los orígenes de dichos fenómenos. La forma de la investigación será aplicada porque buscare la solución de problemas específicos con el fin de mejorar la situación actual, considerando también que se apoya en la investigación pura ya que depende de los aportes teóricos que genera la misma.

A su vez esta constituye una investigación de tipo documental y de campo, documental debido a que se apoyara en la revisión de datos documentales



como leyes, informes etc. y de campo por el hecho de tener que ser necesario que la mayor parte del trabajo se realice dentro de la institución objeto de la investigación.

b) MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se empleará, tanto el método deductivo como inductivo.

DISEÑO DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO

Análisis que permite examinar o analizar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la estadística, es deductiva ya que este método desciende de lo general a lo particular.

✓ ESTADÍSTICA

Es la aplicación de un conjunto de datos estadísticos, a través del uso o aplicación de muestras y de técnicas estadísticas.

✓ ENCUESTA

Es la aplicación de un conjunto de preguntas previamente elaboradas, mediante cuestionarios con la posibilidad de respuestas cortas o cerradas sobre un tema específico.

DISEÑO DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

Análisis que tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un objeto, es inductiva ya que es un procedimiento en el que comenzado por los datos generales se termina llegando a la parte teórica.

✓ OBSERVACIÓN

Su realización tiene por objetivo tener un acercamiento a la realidad de la organización., a través de la constatación física de los documentos existentes en la institución y el manejo en sí de los procesos relacionados.

✓ ENTREVISTA



Su proceso tiene por objeto obtener información de variada naturaleza, sobre aspectos de interés, así también permitirá mediante la participación del entrevistado determinar las falencias que pueden existir dentro de la institución

10.- ESQUEMA TENTATIVO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECIFICO	CAPITULO
Obtener un conocimiento general de los antecedentes del hospital.	CAPÍTULO I
Generar un marco teórico sobre conceptos relacionados al control interno.	CAPÍTULO II
Obtener un conocimiento de la estructura organizacional del hospital.	CAPÍTULO III
Evaluar al actual sistema y proponer la implementación de herramientas de control interno.	CAPÍTULOS IV
Emitir las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación.	CAPÍTULO V

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1. GENERALIDADES DEL HOSPITAL

- 1.1 Antecedentes institucionales.
- 1.2 Misión, Visión y Objetivos.
- 1.3 Características y marco legal del hospital.

CAPITULO II

2. CONTROL INTERNO EN EL HOSPITAL CANTONAL “MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO”



2.1 Concepto de Control Interno.

2.2 Importancia del Control Interno.

2.3 Principios básicos de Control Interno.

2.4 Tipos de Control Interno.

2.5 Componentes del Control Interno.

2.5.1 Ambiente de control.

2.5.2 Evaluación de riesgos.

2.5.3 Actividades de control.

2.5.4 Información y comunicación.

2.5.8 Monitoreo.

2.6 Métodos de evaluación del sistema de control interno.

CAPITULO III

3. CONOCIMIENTO DE SU ESTRUCTURA ORGÁNICA

3.1 Organigrama institucional.

3.2 Estructura funcional.

CAPITULO IV

4. APLICACIÓN PRÁCTICA

4.1 Implementación de herramientas de control interno.

4.1.1 Evaluación y diagnóstico del actual sistema.

4.1.2 Propuesta e implementación.

CAPITULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXOS



BIBLIOGRAFÍA

DISEÑO DE TESIS

11.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES (Semanas)	SEPT		OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO (2015)				FEBRERO				MARZO				ABRIL	
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. Selección y delimitación del tema de investigación	X																											
2. Justificación del tema		X																										
3. Breve descripción del objeto de estudio		X																										
4. Formulación del problema		X																										
5. Determinación de objetivos		X																										
6. Elaboración del marco teórico de referencia			X																									
7. Preguntas de investigación			X																									
8. Construcción de variables e indicadores			X																									
9. Diseño metodológico.			X																									
10. Esquema tentativo de la investigación				X																								
11. Cronograma de actividades				X																								
12. Presupuesto referencial				X																								
13. Bibliografía				X																								
CAPITULO I: GENERALIDADES DEL HOSPITAL																												
1.1. Antecedentes institucionales					X																							
1.2. Misión , visión y objetivos					X																							
1.3. Características del hospital					X																							
1.4 Disposiciones legales					X																							
CAPITULO II																												
2. MARCO TEÓRICO																												
2.1 Concepto de control interno						X																						
2.2 Importancia del control interno						X																						
2.3 Principios básicos de control interno						X																						
2.4Tipos de control interno						X																						
2.5 Componentes del control interno							X																					
2.5.1 Ambiente de control							X																					
2.5.2 Evaluación de riesgos							X																					
2.5.3 Actividades de control							X																					
2.5.4 Información y comunicación							X																					
2.5.8 Monitoreo							X																					
2.6 Métodos de evaluación del sistema de control interno								X																				
CAPITULO III																												
3. CONOCIMIENTO DE SU ESTRUCTURA ORGÁNICA																												
3.1 Organigrama del hospital								X																				
3.2 Estructura funcional									X	X																		
CAPITULO IV																												
4. APLICACIÓN PRÁCTICA																												
4.1 Implementación de herramientas de control interno																												
4.1.1 Evaluación y diagnostico del control interno										X	X	X	X															
4.1.2 Propuesta e implementación														X	X	X	X	X										
CAPITULO V																												
5. CONCLUSIONES RECOMENDACIONES		Y																										
5.1. Conclusiones																					X							
5.2. Recomendaciones																					X							
ANEXOS																						X						
GLOSARIO																						X						
BIBLIOGRAFÍA																						X						
Revisión final																							X	X	X			
Contingencias																											X	X



12.- PRESUPUESTO REFERENCIAL

DETALLE DE GASTOS	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	VALOR TOTAL
EMPASTADO					120,00	120,00
COPIAS BLANCO Y NEGRO	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	12,00
ELABORACIÓN DE ENCUESTAS			4,00			4,00
PROCESAMIENTO DE ENCUESTAS			6,00			6,00
COPIAS A COLOR	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	7,00
IMPRESIÓN DE LOS CAPÍTULOS					50,00	50,00
INTERNET	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	50,00
TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	4,80	4,80	12,00	12,00	4,80	38,40
VARIOS	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	50,00
TOTAL ESTIMADO	28,20	28,20	45,40	35,40	200,20	337,40

13. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

CULTURAL S.A. (1999). *DICCIONARIO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS*.
MADRID: BROSCMAC.

CULTURAL SA. (1999). *DICCIONARIO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS*.
MADRID. ESPAÑA: BROSMAC.

J.W COOK, G.M. WINKLE. (1987). *AUDITORIA*. MEXICO: INTERAMERICANA
S.A. DE C.V.

J.W. COOK, G.M. WINKLE. (1987). *AUDITORIA*. MEXICO:
INTERAMERICANA S.A. DE C.V.

LYBRAND, C. &. (1997). *LOS NUEVOS CONCEPTOS DEL CONTROL
INTERNO*. NEW YORK : EDICIONES DIAS DE SANTOS S.A.

R.BARLEY, D. L. (1998). *GUIA DE AUDITORIA*. ESPAÑA: ISBN.

SITIOS WEB:



A&H CONSULTORES. (09 de 10 de 2014). Obtenido de

<http://ayhconsultores.com/img/COSO.pdf>

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y DE ADMINISTRACION

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA. (09 de 10 de 2014). Obtenido de

http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM_2005.PDF

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. Recuperado el 01 de 10 de 2014, de

<http://a5g.gob.ec/hospital/mision-vision/>

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. (2014). *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*

HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ. Recuperado el 01 de 10 de 2014, de

<http://a5g.gob.ec/hospital/historia/>

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (09 de 10 de 2014). Obtenido de

<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/noticias/134-en-que-consiste-la-gestion-de-procesos>

ORGANISMO ANDINO DE SALUD. (08 de 10 de 2014). Obtenido de

<http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>

WORDREFERENCE. (08 de 10 de 2014). Obtenido de

<http://www.wordreference.com/definicion/proceso>