

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

MAESTRÍA EN AUDITORÍA GUBERNAMENTAL Y CONTROL DE GESTIÓN

Tema:

LA REGULARIZACIÓN INTERNA DE RIESGOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA.

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Grado Académico de Magíster en
Auditoría Gubernamental y Control de Gestión

Modalidad de titulación Proyecto de Investigación y Desarrollo

Autora: Ingeniera Erika Elizabeth Velasco Cortés

Director: Doctor Washington Aníbal Altamirano Salazar Magíster

Ambato-Ecuador

2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Contabilidad y Auditoría

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por la Doctora Alexandra Tatiana Valle Álvarez Magíster, e integrado por los señores: Doctor Guido Hernán Tobar Vasco, Magíster y Doctora Marcela Karina Benítez Gaibor, Magíster, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “LA REGULARIZACION INTERNA DE RIESGOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”, elaborado y presentado por la señora Ingeniera Erika Elizabeth Velasco Cortés, para optar por el Grado Académico de Magíster en Auditoría Gubernamental y Control de Gestión; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Alexandra Tatiana Valle Álvarez Mg.
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. Guido Hernán Tobar Vasco, Mg.
Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Marcela Karina Benítez Gaibor, Mg
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: LA REGULARIZACION INTERNA DE RIESGOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, le corresponde exclusivamente a: Ingeniera Erika Elizabeth Velasco Cortés, Autora bajo la Dirección del Doctor Washington Aníbal Altamirano Salazar Magíster, Director del Trabajo de Titulación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Ing. Erika Elizabeth Velasco Cortés

AUTORA

Dr. Washington Aníbal Altamirano Salazar Mg.

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Ing. Erika Elizabeth Velasco Cortés

c.c.:1804364618

ÍNDICE GENERAL

Contenido	
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
AGRADECIMIENTO	xiv
DEDICATORIA	xv
RESUMEN EJECUTIVO	xvi
EXECUTIVE SUMMARY	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización	4
1.2.2 Árbol de problemas	7
1.2.3 Análisis crítico	8
1.2.4 Prognosis	8
1.2.5 Formulación del problema	9
1.2.6 Interrogantes	9
1.2.7 Delimitación	10
1.3 Justificación	11
1.4 Objetivos	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
CAPÍTULO II	12
2 MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes investigativos	13

2.2	Fundamentación filosófica	16
2.3	Fundamentación legal	16
2.4	Categorías fundamentales	19
2.4.1	Visión dialéctica de conceptualizaciones que sustentan las variables del problema	19
2.4.2	Gráficos de inclusión interrelacionados	44
2.4.3	Subordinación conceptual	45
2.4.4	Constelación de ideas de la variable dependiente	46
2.5	Hipótesis	47
2.6	Señalamiento de variables	47
CAPÍTULO III		47
3	METODOLOGÍA	48
3.1	Enfoque	48
3.2	Modalidad básica de la investigación	49
3.2.1	Investigación bibliográfica documental	49
3.2.2	Investigación de campo	50
3.3	Nivel o tipo de investigación	51
3.3.1	Investigación no experimental	51
3.3.2	Investigación descriptiva	52
3.3.3	Investigación correlacional	52
3.4	Población y muestra	55
3.4.1	Población	55
3.4.2	Muestra	55
3.5	Operacionalización de las variables	56
3.6	Recolección de información	61
3.6.1	Plan de recolección de la información	61
3.7	Procesamiento y análisis	72
3.7.1	Plan de procesamiento de información	72
3.7.2	Plan de análisis e interpretación de resultados	73
CAPÍTULO IV		73
4	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	74
4.1	Análisis e interpretación de resultados	74

4.1.1	Resultados del objetivo uno	74
4.1.2	Resultados del objetivo dos	133
4.1.3	Resultados del objetivo tres	159
4.2	Comprobación de la hipótesis	183
4.2.1	Modelo lógico	184
4.2.2	Modelo matemático	184
4.2.3	Cálculo del coeficiente de correlación de Pearson	185
CAPÍTULO V	200
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	201
5.1	Conclusiones	201
5.2	Recomendaciones	203
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
	ANEXOS.	212

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Objetivos de la Administración de Riesgos	28
Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente: Regularización interna de riesgos	57
Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente: Regularización interna de riesgos (Continuación)	58
Tabla 3. Variable dependiente: Cumplimiento de objetivos	59
Tabla 3. Variable dependiente: Cumplimiento de objetivos	60
Tabla 4. Cumplimiento de cada uno de los objetivos	69
Tabla 4. Cumplimiento de cada uno de los objetivos (Continuación)	70
Tabla 5. Procedimiento de recolección de información.	71
Tabla 6. Título de pregunta con una explicación	72
Tabla 7. Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera	75
Tabla 8. Instalaciones físicas (equipamiento)	76
Tabla 9. Instalaciones físicas (infraestructura)	78
Tabla 10. Presentación del personal	79
Tabla 11. Limpieza	80
Tabla 12. Señalética	82
Tabla 13. Comodidad de camillas, sillas	83
Tabla 14. Protocolos de bioseguridad	85
Tabla 15. Tiempo de espera para la atención.	86
Tabla 16. Cumplimiento en los Horarios.	87
Tabla 17. Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento	88
Tabla 17. Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento (Continuación)	89
Tabla 18. Confianza transmitida por los profesionales de la salud.	90
Tabla 19. Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios	91
Tabla 20. Disposición de empleados por resolver preguntas.	93
Tabla 21. Sencillez de trámites	94

Tabla 22.	Solución de quejas y reclamos	95
Tabla 23.	Medicamentos apropiados	97
Tabla 24.	Capacidad de profesionales	98
Tabla 25.	Explicaciones del personal de salud	99
Tabla 26.	Medidas bioseguridad de los médicos	100
Tabla 26.	Medidas bioseguridad de los médicos (Continuación)	101
Tabla 27.	Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)	102
Tabla 28.	Trato del personal médico	104
Tabla 29.	Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario	105
Tabla 30.	Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera	106
Tabla 31.	Instalaciones físicas (equipamiento)	108
Tabla 32.	Instalaciones físicas (infraestructura)	109
Tabla 33.	Presentación del personal	110
Tabla 34.	Limpieza	111
Tabla 35.	Señalética	112
Tabla 35.	Señalética (Continuación)	113
Tabla 36.	Comodidad de camillas, sillas	114
Tabla 37.	Protocolos de bioseguridad	115
Tabla 38.	Tiempo de espera para la atención	116
Tabla 39.	Cumplimiento en los Horarios	117
Tabla 40.	Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento	118
Tabla 40.	Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento (Continuación)	119
Tabla 41.	Confianza transmitida por los profesionales de la salud	120
Tabla 42.	Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios	121
Tabla 43.	Disposición de empleados por resolver preguntas	122
Tabla 44.	Sencillez de trámites	123
Tabla 45.	Solución de quejas y reclamos	124
Tabla 45.	Solución de quejas y reclamos (Continuación)	125
Tabla 46.	Medicamentos apropiados	126

Tabla 47.	Capacidad de profesionales	127
Tabla 48.	Explicaciones del personal de salud	128
Tabla 49.	Medidas de bioseguridad de los médicos	129
Tabla 50.	Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)	130
Tabla 51.	Trato del personal médico	131
Tabla 52.	Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario . . .	132
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud	136
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	137
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	138
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	139
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	140
Tabla 53.	Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	141
Tabla 54.	Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud	142
Tabla 54.	Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	143
Tabla 54.	Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	144
Tabla 54.	Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	145
Tabla 55.	Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud	146
Tabla 55.	Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	147

Tabla 55.	Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	148
Tabla 55.	Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	149
Tabla 56.	Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud.	150
Tabla 56.	Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	151
Tabla 56.	Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	152
Tabla 57.	Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud	153
Tabla 57.	Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	154
Tabla 57.	Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	155
Tabla 58.	Resultados del modelo de madurez del control interno del Patronato Provincial de Tungurahua	156
Tabla 59.	Nivel de confianza del modelo de madurez del control interno del Patronato Provincial de Tungurahua	157
Tabla 60.	Resultados del modelo de madurez del control interno de la Sección de Desarrollo Social	158
Tabla 61.	Nivel de confianza del modelo de madurez del control interno de la Sección de Desarrollo Social	158
Tabla 62.	Objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud	160
Tabla 62.	Objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)	161
Tabla 63.	Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL	162
Tabla 63.	Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL (Continuación)	163

Tabla 63.	Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL (Continuación)	164
Tabla 64.	Simbología de los índices de la normalización de las variables .	164
Tabla 65.	Resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos del Patronato Provincial de Tungurahua	168
Tabla 65.	Resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos del Patronato Provincial de Tungurahua (Continuación)	169
Tabla 66.	Tabla resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Píllaro	174
Tabla 66.	Tabla resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Píllaro (Continuación).	175
Tabla 67.	Comparativa de los índices globales	177
Tabla 67.	Comparativa de los índices globales (Continuación)	178
Tabla 68.	Planteamiento de la hipótesis	183
Tabla 68.	Planteamiento de la hipótesis (Continuación)	184
Tabla 69.	Resumen de las dimensiones de SERVQUAL.	186
Tabla 70.	Componentes del Control Interno	186
Tabla 70.	Componentes del Control Interno (Continuación).	187
Tabla 71.	Correlación del Coeficiente de Pearson	187
Tabla 72.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de entorno de Control	188
Tabla 72.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de entorno de Control (Continuación)	189
Tabla 73.	Componente Entorno de Control	189
Tabla 74.	Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente	190
Tabla 75.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la evaluación de riesgos	190
Tabla 75.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la evaluación de riesgos (Continuación).	191

Tabla 76.	Componente evaluación de riesgos	191
Tabla 77.	Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente, de la evaluación de riesgos	192
Tabla 78.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL, de las actividades de control	193
Tabla 79.	Componente actividades de control	193
Tabla 80.	Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de las actividades de control	194
Tabla 81.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la información y comunicación	195
Tabla 82.	Componente información y comunicación	195
Tabla 83.	Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de la información y comunicación	196
Tabla 84.	Resumen de las dimensiones SERVQUAL de supervisión	197
Tabla 85.	Componente de supervisión	197
Tabla 86.	Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de supervisión	198
Tabla 87.	Análisis global de la hipótesis en relación a las dimensiones y componentes del control interno	199

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Árbol de problemas	7
Figura 2. El marco de actuación	24
Figura 3. Proceso	25
Figura 4. Objetivos de administrar un riesgo	29
Figura 5. Categorías Fundamentales	44
Figura 6. Constelación de Ideas de la Variable Independiente	45
Figura 7. Constelación de Ideas de la Variable Dependiente	46
Figura 8. Modelo de madurez del sistema del control interno	66
Figura 9. Representaciones gráficas	73
Figura 10. Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera	75
Figura 11. Instalaciones físicas (equipamiento)	77
Figura 12. Instalaciones físicas (infraestructura)	78
Figura 13. Presentación del personal	79
Figura 14. Limpieza	81
Figura 15. Señalética	82
Figura 16. Comodidad de camillas, sillas	84
Figura 17. Protocolos de bioseguridad	85
Figura 18. Tiempo de espera para la atención	86
Figura 19. Cumplimiento en los Horarios	88
Figura 20. Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento	89
Figura 21. Confianza transmitida por los profesionales de la salud	90
Figura 22. Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios	92
Figura 23. Disposición de empleados por resolver preguntas	93
Figura 24. Sencillez de trámites	94
Figura 25. Solución de quejas y reclamos	95
Figura 26. Medicamentos apropiados	97
Figura 27. Capacidad de profesionales	98
Figura 28. Explicaciones del personal de salud	100

Figura 29.	Medidas bioseguridad de los médicos	101
Figura 30.	Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)	103
Figura 31.	Trato del personal médico	104
Figura 32.	Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario . . .	105
Figura 33.	Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera	107
Figura 34.	Instalaciones físicas	108
Figura 35.	Instalaciones físicas (infraestructura)	109
Figura 36.	Presentación del personal	110
Figura 37.	Limpieza	112
Figura 38.	Señalética	113
Figura 39.	Comodidad de camillas, sillas	114
Figura 40.	Protocolos de bioseguridad	115
Figura 41.	Tiempo de espera para la atención	116
Figura 42.	Cumplimiento en los Horarios	118
Figura 43.	Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento	119
Figura 44.	Confianza transmitida por los profesionales de la salud	120
Figura 45.	Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios	121
Figura 46.	Disposición de empleados por resolver preguntas	122
Figura 47.	Sencillez de trámites	124
Figura 48.	Solución de quejas y reclamos	125
Figura 49.	Medicamentos apropiados	126
Figura 50.	Capacidad de profesionales	127
Figura 51.	Explicaciones del personal de salud	128
Figura 52.	Medidas bioseguridad de los médicos	129
Figura 53.	Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)	130
Figura 54.	Trato del personal médico	131
Figura 55.	Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario . . .	133
Figura 56.	Resultados de la encuesta por dimensiones del Patronato Provincial de Tungurahua	166

Figura 57.	Cálculos de promedios de índices de las dimensiones del Patronato Provincial de Tungurahua	167
Figura 58.	Resultados de la encuesta por dimensiones de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro	172
Figura 59.	Cálculos de promedios de índices de las dimensiones de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro	173
Figura 60.	Comparación entre dimensiones e índices	180

AGRADECIMIENTO

Mi profundo y sincero agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, Alma Mater que puso ante mí su vasto universo de conocimientos que han transformado mi vida profesional encaminándola al servicio de la sociedad en general.

De igual manera extendiendo mi gratitud imperecedera al señor Doctor Washington Altamirano, por su sabia Dirección del presente Proyecto de Investigación y que en conjunto con todos los Docentes del Master, son los artífices del éxito de mi trabajo investigativo.

Erika.

DEDICATORIA

Con toda reverencia dedico este logro académico a Dios, a quien en cada instante lo tuve a mi lado dándome la fortaleza y el impulso necesarios para alcanzar el anhelo por mi soñado.

A mis padres Jorge Velasco y Soraya Cortés, por constituirse ellos en la preclara luz que siempre ha guiado mis pasos por los senderos del amor y del constante apoyo.

A mi querido hermano Jorge Luis, que en los buenos y malos momentos siempre estuvo a mi lado para permanentemente impulsarme hacia mi esperada realización profesional.

A mis abuelitos maternos Marcita Robalino y Luis Cortes, de quienes aprendí que el amor fraternal y el sacrificio personal son los ingredientes del éxito en la existencia.

A mis Abuelitos paternos Alberto Velasco y María Natalia Fierro (+) por los sabios consejos con los cuales he transitado mi vida.

A la persona que hoy comparte mi felicidad de ser una mujer realizada, César, mi amado esposo y compañero de vida.

A mis familiares y sinceros amigos

Erika.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA
MAESTRÍA EN AUDITORÍA GUBERNAMENTAL Y CONTROL DE GESTIÓN

TEMA:

LA REGULARIZACIÓN INTERNA DE RIESGOS Y EL CUMPLIMIENTO DE
LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA
SOCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA

AUTORA:Ingeniera Erika Elizabeth Velasco Cortés

DIRECTOR:Doctor Washington Aníbal Altamirano Salazar Magíster.

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Sistema de Control.

FECHA: 16 de abril del 2021.

RESUMEN EJECUTIVO

La Salud humana es una de las prioridades de casi todos los gobiernos del mundo, en nuestro país el Ecuador este derecho está consagrado en la Constitución de la república como un deber primordial del Estado y que este garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

Y es en este marco legal en el que la ayuda social por parte de entidades autónomas descentralizadas juegan un rol importante al ofrecer servicios de asistencia sanitaria, con el fin de cumplir con los objetivos comunes planteados tanto por el patronato Provincial de Tungurahua así como por la Sección de Desarrollo Social del Municipio del cantón Santiago de Pillaro.

En base a lo antes mencionado, se debe resaltar que se utiliza un enfoque de carácter cuantitativo, en la modalidad básica es bibliográfica y de campo, un tipo de investigación exploratoria, descriptiva y correlacional. Por último, el resultado alcanzado es un análisis integral de las dos instituciones de asistencia social mediante encuestas SERVQUAL, la autoevaluación en base a las buenas prácticas emitidas por

COSO 2013, y la comprobación de la hipótesis el coeficiente de correlacional de Pearson.

Además de la evaluación efectuada con el Modelo de Madurez del Control Interno, que permitió conocer el estado actual del manejo del control interno y los riesgos, recalando que dentro del Patronato Provincial de Tungurahua se presenta un nivel de confianza moderado del 75 %, acompañado de un nivel de riesgo del 25 % calificado como bajo, así también en la Sección de Desarrollo Social, nivel de confianza equivale al 56 % con una calificación moderada, y su nivel de riesgo es del 44 %, que significa un nivel alto.

De tal manera, se estableció que la regularización de los riesgos incide directamente en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las dos instituciones, ya que en base a los análisis efectuados dentro de cada una de las dimensiones de la calidad del servicio de salud, se identificó la satisfacción e insatisfacción de los usuarios en relación a la atención médica, aspectos de infraestructura, tiempos de espera, cumplimientos de horarios, medidas de bioseguridad, capacidad, empatía, predisposición del personal de salud, administrativo de servicio.

Es importante mantener un adecuado manejo de los riesgos, por medio de procesos de mitigación que permitan prepararse y reducir el impacto de las diferentes amenazas a las que se enfrenta, tomando en cuenta los pasos de identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos, para lograr una seguridad razonable y alcanzar el cumplimiento de los objetivos estratégicos para que no pierdan su competitividad, eficiencia, y eficacia en las operaciones ejecutadas.

Descriptor: Calidad en el servicio, Coeficiente de Pearson, Componentes, Control interno, Instituciones de asistencia social, Mitigación de riesgos, Objetivos Estratégicos Regularización de riesgos, Salud, Satisfacción de usuarios.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA
MAESTRÍA EN AUDITORÍA GUBERNAMENTAL Y CONTROL DE GESTIÓN

THEME:

THE INTERNAL REGULARIZATION OF RISKS AND THE COMPLIANCE OF
THE STRATEGIC OBJECTIVES OF THE INSTITUTIONS OF SOCIAL HEALTH
ASSISTANCE OF THE PROVINCE OF TUNGURAHUA

AUTHOR: Ingeniera Erika Elizabeth Velasco Cortés

DIRECTED BY: Doctor Washington Aníbal Altamirano Salazar Magíster.

LINE OF RESEARCH: Control System.

DATE: April 16th, 2021.

EXECUTIVE SUMMARY

Human health is one of the priorities of almost all the governments of the world, in our country, Ecuador, this right is enshrined in the Constitution of the republic as a primary duty of the State and that it will guarantee permanent, timely and non-exclusive access to programs, actions and services for the promotion and comprehensive health care.

And it is in this legal framework in which social assistance by decentralized autonomous entities play an important role in offering health care services, in order to comply with the common objectives set by both the Provincial Board of Tungurahua as well as by the Social Development Section of the Municipality of the Santiago de Pillaro canton.

Based on the aforementioned, it should be noted that a quantitative approach is used, in the basic modality it is bibliographic and field, a type of exploratory, descriptive and correlational research. Finally, the result obtained is a comprehensive analysis of the two social assistance institutions through SERVQUAL surveys, the self-assessment

based on the practices issued by COSO 2013, and the verification of the hypothesis of the Pearson correlational coefficient.

In addition to the evaluation carried out with the Internal Control Maturity Model, which will get to know the current state of internal control management and risks, emphasizing that within the Provincial Board of Tungurahua there is a moderate level of confidence of 75 %, accompanied by a risk level of 25 % rated as low, as well as in the Social Development Section, a confidence level is equivalent to 56 % with a moderate rating, and its risk level is 44 %, which means a high level.

In this way, it was established that the regularization of risks directly affects the fulfillment of the strategic objectives of the two institutions, since based on the analyzes carried out within each of the dimensions of the quality of the health service, identified the satisfaction and dissatisfaction of users in relation to medical care, infrastructure aspects, waiting times, compliance with schedules, biosafety measures, capacity, empathy, predisposition of health personnel, administrative service.

It is important to maintain adequate risk management, through mitigation processes to be carried out, prepare and reduce the impact of the different threats it faces, taking into account the steps of identification, evaluation and treatment of risks, to achieve reasonable security and achieve the fulfillment of the strategic objectives so that they do not lose their competitiveness, efficiency, and effectiveness in the operations carried out.

KEYWORDS: Components, Health, Internal control, Pearson coefficient, Regularization of risks, Risk mitigation, Service quality, Social assistance institutions, Strategic Objectives, User satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La Salud humana es una de las prioridades de casi todos los gobiernos del mundo, en nuestro país el Ecuador este derecho está consagrado en la Constitución de la república como un deber primordial del Estado y que este garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. Y es en este marco legal en el que la ayuda social por parte de entidades autónomas descentralizadas juegan un rol importante al ofrecer servicios de asistencia sanitaria a sectores deprimidos económicamente y socialmente, permitiéndoles acceder a una atención integral de calidad y con profesionales especializados en diversos ámbitos con el fin de acercar las instituciones a los hogares de escasos recursos, con el fin de cumplir con los objetivos comunes planteados tanto por el patronato Provincial de Tungurahua así como por el área de Acción Social del Municipio del cantón Santiago de Píllaro.

Los cumplimientos de estos objetivos están sujetos a una serie de riesgos, unos de carácter presupuestario, otros a riesgos políticos generados por los cambios de gobiernos seccionales y la eliminación de sus servicios, a riesgos por cambios en las competencias de los organismos prestadores del servicio, por riesgos operativos cuando se asumen competencias desconocidas por sus administradores, por riesgos propios de las actividades de salud como la actual pandemia. Estas situaciones afectan significativamente en los objetivos planteados por cada una de las entidades y puede generar la suspensión de los servicios a la ciudadanía, debido a que su labor se desarrolla en pacientes y por ello requieren procesos sistemáticos y complejos pues el resultado de la gestión se la mide en función al mejoramiento o decaimiento de la salud, que influye en la calidad de vida de la persona como medida de desempeño institucional.

En el **Capítulo I**, se realiza el planteamiento del problema de la investigación, para lo cual se realiza una contextualización macro, meso y micro. Así también, se determinan los objetivos de la investigación y su respectiva justificación, enfocándose en su necesidad de estudio y por supuesto su factibilidad de desarrollo y ejecución.

En el **Capítulo II**, se desarrolla el marco teórico referencial, para lo cual se realizan los antecedentes investigativos, así también se fundamenta las variables independiente y dependiente, referente a la regularización interna y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

En el **Capítulo III**, referentes a la metodología utilizada para el análisis de este trabajo en donde el enfoque es de carácter cuantitativo, la modalidad básica es bibliográfica y de campo, el diseño o tipo es exploratorio, descriptivo y correlacional, así mismo se determina la población de estudio y se realiza el cálculo de la muestra respectiva sobre la cual se trabajó.

En el **Capítulo IV**, se realiza el análisis e interpretación de los resultados al considerar cada uno de los objetivos planteados en el capítulo uno. Es necesario destacar que se aplicó la correlación de Pearson, para la respectiva comprobación de la hipótesis.

En el **Capítulo V**, se exponen las conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos del presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema

LA REGULARIZACIÓN INTERNA DE RIESGOS Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA

1.2. Planteamiento del problema

El cuidado de la salud de los ciudadanos, siempre será un tema de debate continuo en el ámbito político de un país, es por ello, que cada gobierno a su turno planifica los presupuestos para la salud. Lastimosamente, son aún insuficientes y debido a ello el sistema nacional de salud no ha cumplido con los objetivos básicos de atención oportuna y eficaz de las enfermedades de sus habitantes para de esta manera dotarlos de una mejor calidad de vida. Esta situación ha obligado la búsqueda de nuevas alternativas para que otras instituciones más desconcentradas colaboren de acuerdo a sus capacidades para mitigar este problema.

Es así, que con la promulgación de la Constitución de la República del Ecuador vigente desde el año 2008, se estableció la normativa que regula la creación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados Provinciales, Cantonales y Parroquiales del país. Amparados en la Carta Constitucional, se rigen por políticas propias para su administración en cada uno de sus ámbitos de gestión territorial. En concordancia, se creó el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD), en el que definen las competencias que tiene cada Gobierno, con sus

ámbitos diversos y en especial en su gestión de apoyo a los sectores urbanos y rurales en cuidado de la salud y protección a la familia.

De esta manera, la Prefectura Provincial de Tungurahua cuenta con un organismo de apoyo para el cumplimiento de los objetivos fundamentales de asistencia a los sectores marginales desprotegidos a través del Patronato Provincial de Tungurahua, que tiene a su haber el cumplimiento de dichas aspiraciones. De igual manera, a nivel cantonal existen las diferentes secciones de desarrollo social de los gobiernos autónomos descentralizados municipales, con similares objetivos de apoyo en salud de las poblaciones más vulnerables en sus jurisdicciones, como es la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Píllaro.

Si bien es cierto, estas instituciones han cumplido con mucha solvencia y eficacia sus objetivos de salud primaria y especializada con sus pacientes. Sin embargo, la falta de una adecuada Regularización de los Riesgos Internos limita el cumplimiento de sus metas, que impiden el desarrollo de los objetivos estratégicos de estas instituciones, situación que incide negativamente en el usuario.

1.2.1. Contextualización

1.2.1.1. Contexto macro

Ecuador es uno de los países aún considerados tercermundistas, debido en parte a la ausencia de un sistema integral de salud que determine una asistencia óptima y de calidad a sus habitantes. Afirmación que ha sido demostrada con el inadecuado enfrentamiento a la pandemia del Covid-19, sin una infraestructura hospitalaria, sin un presupuesto económico de emergencia sanitaria y lo que es aún más grave.

Sin embargo, como se manifestó anteriormente, para intentar suplir dichas necesidades de salud a sectores desprotegidos del sistema nacional de salud y de conformidad con la Constitución de la República del Ecuador la Asamblea Constituyente (2016) indica que de conformidad con la Constitución de la República del Ecuador en su

Capítulo II de las políticas Públicas, Servicios Públicos y Participación Ciudadana, en Artículo 85 numeral 1, menciona que: las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

Así mismo, la sección primera del sector Público en su artículo 225 del mismo mandato constituyente, en su numeral 4 identifica a las personas jurídicas creadas por acto normativo de los Gobiernos Autónomas Descentralizados para la prestación de servicios públicos y en concordancia con el artículo 227 asevera que el servicio a la colectividad se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, participación, planificación, transparencia y evaluación como principios de una Administración Pública, lo que conlleva a lo consagrado en el Art.234 que el Estado garantizará la formación y capacitación continua de las servidoras y servidores públicos.

En síntesis, es necesario destacar que pese a los cambios generados en la Constitución y al involucramiento de nuevas entidades para integrarse a la cobertura sanitaria de sus habitantes, el camino aún es extenso para conseguir los fines propuestos por el estado ecuatoriano.

1.2.1.2. Contexto meso

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia, y la Cultura (2020) indica que a nivel de los territorios provinciales, la salud de sus ciudadanos se los realiza por medio del sistema tradicional de salud, mediante atención hospitalaria básica en el sector urbano y los subcentros de salud en el área rural, pero que están sujetos a las limitaciones de un presupuesto gubernamental insuficiente. Ante lo cual, rige las competencias emitidas por el COOTAD en cada provincia, para ayudar a solventar las necesidades de los habitantes a través de destinar parte de sus presupuestos al área de asistencia social, manejada por cada Gobierno provincial, cantonal o parroquial en sus territorios.

De esta manera, los Gobiernos Autónomos provinciales, cantonales y parroquiales que cumpliendo con los objetivos de descentralización y desconcentración promulgados en la Constitución de la República del Ecuador y amparados en el COOTAD, tiene sus propios reglamentos y normas internas para el cumplimiento de sus metas institucionales de servicio social a sus habitantes por medio de las Unidades de Desarrollo Social o Patronatos provinciales.

1.2.1.3. Contexto micro

El Patronato Provincial de Tungurahua eminentemente social, institución perteneciente a la Prefectura Provincial de Tungurahua, regentado por una presidenta, un Comité de Damas Voluntarias y un cuerpo técnico administrativo que cumplen con los objetivos de humanismo y asistencia al más necesitado en salud de la provincia. Esta entidad presta servicios sociales de Dermatología, Medicina General, Odontología, Ecografía entre otras, que están al servicio de los más necesitados de la provincia y además con la dotación de medicinas a la gente de escasos recursos económicos.

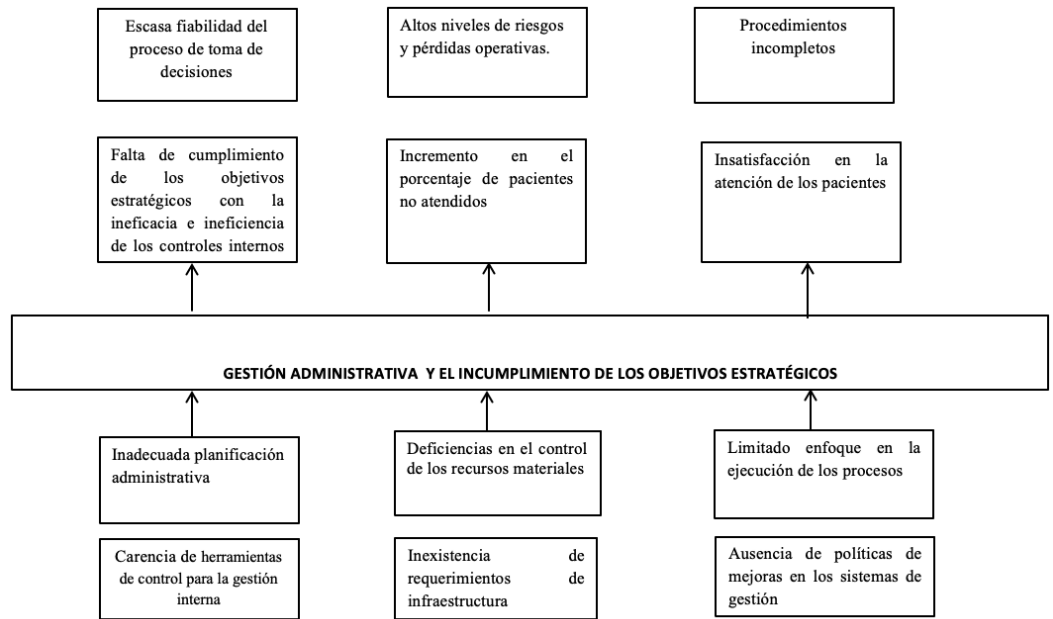
Además, el cantón Santiago de Píllaro cuenta con la Sección de Desarrollo Social del GAD municipal y sirve con la ejecución de proyectos de control y prevención de salud de los grupos vulnerables y pacientes externos que necesitan de su ayuda, contando con los servicios de odontología, psicología, fisioterapia, terapia de lenguaje.

Pero al mismo tiempo, que estas instituciones cumplen con los objetivos propuestos en el área de salud, asistencia médica, dotación de medicinas, se incrementa las situaciones de riesgos que impiden el normal desenvolvimiento. Otro factor, es el incremento del número de pacientes que acuden a sus instalaciones, las mismas que resultan pequeñas para albergar a una creciente población de pacientes que requieren de sus servicios médicos. Por ello es importante que las instituciones cumplan con controles internos y una adecuada administración de los riesgos con el fin de identificar factores internos y externos, reducir la incertidumbre y facilitar el logro de los objetivos estratégicos planteados por cada institución de asistencia social de salud.

1.2.2. Árbol de problemas

En la figura 1, se presenta el árbol de problemas donde se detallan las diferentes causas y efectos de la problemática que se desarrolla actualmente.

Figura 1: Árbol de problemas



Fuente: elaboración propia

1.2.3. Análisis crítico

En base al análisis del árbol de problemas, se evidencia que la falta de una gestión administrativa adecuada de salud, conlleva altos niveles de riesgos y pérdidas operativas, lo cual genera una gestión deficiente en cuanto a la mitigación de los diferentes riesgos que presentan las instituciones asistencia social de salud. Además, la presencia de un limitado enfoque de procesos dentro de los centros médicos en las diferentes áreas y especialidades, ocasiona que los pacientes mantengan un grado de insatisfacción en cuanto a la atención que reciben debido a la inexistencia de procesos claros.

Otra de las causas de este problema, se debe a las deficiencias en el control de los recursos materiales, debido a que no se puede incrementar el número de consultorios requeridos para el servicio a los pacientes. Esta situación se origina por la inexistencia de un plan anual de requerimientos de infraestructura para el centro médico, generando un alto porcentaje de pacientes que no pueden ser atendidos. Finalmente, las inadecuadas políticas de mejoras en los sistemas de gestión de riesgo podrían producir que se incumplan con los objetivos estratégicos de la entidad con una ineficacia e ineficiencia de los controles internos establecidos.

La aplicación adecuada de los elementos del control interno garantiza confiabilidad en la gestión realizada, por cuanto son una herramienta de primera mano que proporciona seguridad en los procedimientos y en general en todos los campos de atención médica de la entidad.

1.2.4. Prognosis

De no aplicarse una herramienta para el control de la gestión del control interno en la cual, existe un riesgo latente que esta deficiencia se transforme en un cuello de botella, es decir una barrera para la solución de los problemas generados por estos inconvenientes, lo que repercutirá directamente en el incumplimiento de los objetivos estratégicos del Patronato Provincial de Tungurahua. Es decir que, si no se reestructuran

los procesos, políticas y se aplican los controles respectivos para la medición de estos servicios, la insatisfacción del usuario degeneró en una crisis en la credibilidad total de la institución.

El no analizar la gestión de control interno basado en riesgos, aplicando un enfoque sistemático y disciplinado en la evaluación de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno, no permitirá contar con una de las herramientas gerenciales para desenvolverse de una forma segura y confiable, que fortalezca su crecimiento y al no conocer sus debilidades y oportunidades, no facilitará evaluar el nivel de cumplimiento de los planes, metas y objetivos planteados por el Patronato Provincial de Tungurahua, repercutiendo en su rentabilidad, y estaría en desventaja para competir frente a otras entidades de salud que existen hoy en día.

La aplicación oportuna de una Gestión de control interno basado en riesgos, que es parte esencial del proceso administrativo, intensificará el control en todo el ciclo del proceso, y permitirá atender con mayor eficiencia, eficacia y calidad a sus pacientes y colaboradores, fortaleciendo su seguridad y solidez.

1.2.5. Formulación del Problema

¿Es la inadecuada regularización interna de los riesgos causante del incumplimiento de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social y de Salud de la Provincia de Tungurahua?

1.2.6. Interrogantes

- ¿Por qué no existe una regularización interna de los riesgos?
- ¿Por qué no existe una gestión de control interno?
- ¿Existe actualmente el incumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social y de Salud de la Provincia de Tungurahua?

- ¿El análisis solucionaría los diversos inconvenientes generados en el centro médico?
- ¿Con la definición de una gestión de políticas generará una mejor calidad en el servicio?
- ¿La entidad tiene la necesidad de aumentar y/o mejorar la capacidad instalada para la prestación del servicio de salud?
- ¿La entidad tiene los recursos necesarios para construir y dotar infraestructura de salud?
- ¿Qué efectos produce en la entidad no desarrollar un control adecuado de los riesgos?

1.2.7. Delimitación

1.2.7.1. Delimitación de Contenido

- **Campo:** Auditoría Gubernamental y Control de Gestión.
- **Área:** Control Interno.
- **Aspecto:** La regularización interna de riesgos y cumplimiento de los objetivos estratégicos .
- **Temporal:** El tiempo del problema fue de enero a diciembre 2018, y el tiempo de la investigación se desarrolló en el período Enero - Abril 2021.
- **Espacial:** Provincia: Tungurahua, Cantones: Ambato, Píllaro Calles: Simón Bolívar y Mariano Castillo, frente al Terminal Terrestre, Avenida Carlos Contreras Parroquia Ciudad Nueva.

1.3. Justificación

El presente estudio busca encontrar los mecanismos técnicos que permitan a las instituciones investigadas cumplir a cabalidad con los objetivos estratégicos propuestos en su creación. Los mismos que están dirigidos a la ayuda de los sectores poblacionales de escasos recursos que requieren de una atención de salud de calidad, con calidez y accesible a su escasa economía. De esta manera se efectuará un exhaustivo análisis de la problemática actual, que aqueja a las entidades como son el Patronato Provincial de Tungurahua, y la Sección de Desarrollo Social del cantón Santiago de Pillaro. Estudio que permitirá determinar las directrices de gestión administrativa, de presupuesto y de políticas de control de cada institución, para encontrar las causas por las que no se cumplen los objetivos institucionales y del Buen Vivir.

Por lo tanto, el presente estudio queda plenamente justificado, en cumplimiento con los preceptos fundamentales de la Universidad, relacionados con la vinculación con la comunidad. Debido a que este proyecto contribuirá al mejoramiento de la atención de salud a los pacientes que acuden a estas instituciones de ayuda social, a través del cumplimiento de los objetivos propuestos de estas instituciones por medio de la implementación de una herramienta técnica de regularización de los riesgos internos en cada institución.

Es así, que de acuerdo con Franklin (2016) es necesario que en las entidades de salud las autoridades diseñen técnicamente, implementen y se efectúe una evaluación permanente al Sistema de Control Interno y sus elementos, para garantizar el adecuado desempeño y el cumplimiento de la razón de ser, es decir que se cumpla la misión institucional.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar si la regularización interna de los riesgos incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia Tungurahua durante el periodo 2018-2020.

1.4.2. Objetivos específicos

- Efectuar un diagnóstico de la realidad actual de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua, por medio de la aplicación de la herramienta de encuesta SERVQUAL (Service Quality), como una medida de la calidad del servicio para lograr la identificación del cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Evaluar el control interno de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua mediante la aplicación del Modelo de Madurez del Control Interno, como una herramienta de diagnóstico del estado actual y el impacto de los riesgos.
- Establecer la incidencia entre las variables de la regularización interna de los riesgos de los sistemas de control y su relación con la consecución de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

La nueva Constitución transformó de hecho la institucionalidad del país en una magnitud sin precedentes en su historia, en donde los cambios en sus estructuras pusieron al descubierto la fragilidad de los sistemas de control y de los procesos de auditoría en el sector público. Por ello, el presente proyecto se ha fundamentado en varias investigaciones relacionadas con el tema a desarrollarse mismas que detallan a continuación:

Vega y Gonzáles (2017) en el artículo denominado: Diagnóstico estadístico del control interno en una institución hospitalaria, determina como objetivo principal el diagnosticar la gestión del control interno en una entidad hospitalaria del territorio holguinero en Cuba, para contribuir a su mejora. Manifiesta que, en las instituciones de salud, dada la complejidad de los procesos que se realizan y la alta responsabilidad social de este sector, son necesarios enfoques administrativos que garanticen un alto nivel de calidad y eficiencia de los servicios, aspecto que está estrechamente relacionado con el control que, al aplicarse a los procesos, se denomina de diversas maneras: de gestión, administrativo, financiero, de calidad, de producción, empresarial, interno. El Sistema de Control Interno (SCI) como control de gestión abarca el control estratégico, contable y al operativo.

Para la realización del diagnóstico se utilizó el Método General de Solución de problemas con tres pasos fundamentales para lo cual se inicia con la identificación del problema principal, luego se analizan las causas principales, y en función de estas se establecen unas estrategias de solución. Como resultado de esta investigación, se

obtienen los aspectos deficientes en cada componente, generando acciones estratégicas para subsanar elementos aislados, que no consideran la necesaria integración de componentes, elementos y aspectos en las áreas o procesos. El diagnóstico realizado soluciona esta carencia al permitir identificar, verificar, evaluar y solucionar en la entidad, los puntos críticos para el control interno. Su utilización contribuye a la elaboración de estrategias que se orientan a las soluciones integrales que mejoren elementos del control interno dentro de la entidad hospitalaria.

Suástegui et al. (2017) Indica que la gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud en instituciones pequeñas en Mazatlán, Sinaloa, determina que el control significa el conocimiento de todos los aspectos de la operación, asegurando así, el desarrollo de los planes por alcanzar los objetivos fijados por la alta dirección y la valorización y medición de las actividades realizadas para el ejercicio de lo planeado. Todos los niveles de supervisión en el hospital serán responsables de verificar todos los días, que se estén cumpliendo de manera eficiente los objetivos de la institución; de existir alguna desviación será su responsabilidad corregirla y si es necesario se apoyará en el nivel superior inmediato para resolverlo. Será tarea del Director General evaluar de manera global el avance en el cumplimiento de metas y objetivos, así como la problemática presentada y con ello podrá tomar la decisión de replantear objetivos, metas y/o estrategias de manera oportuna.

Dentro de las conclusiones en el análisis de los datos y entrevistas se establece los problemas de los distintos actores, y las causas de los mismos, como son los generados con el cliente externo, por ejemplo. La falta de modernización en habitaciones, escasa ampliación de áreas que genera causas como escasez de presupuesto para todos los problemas, falta de capacitación en el personal médico, demora en la consulta médica en urgencias, renovación de mobiliario y baños, falta de espacios físicos, buzón de sugerencias inexistente. Es así, que la recopilación de datos utilizados los instrumentos de las metodologías cualitativa y cuantitativa (entrevistas, investigación de campo y cuestionarios), permitieron obtener un mejor conocimiento de la problemática en que se encuentran las clínicas en la localidad.

Rojas (2016) indica que el control interno es una necesidad administrativa de todo ente económico, empezando por nosotros mismos, los seres humanos; pues es el mayor drama humano, sin solución en sistema económico alguno, es que somos esclavos de necesidades, siempre insatisfechas e infinitas, mientras que la naturaleza es avara y con sus cada día más limitados recursos; este desequilibrio, sin solución, nos impone que todo ente productivo y consumidor para ser eficiente utilice instrumentos de control sobre sus escasos recursos y sobre la creatividad que esta escasez origina.

La Contraloría General del Estado (2020) define el control de gestión de la siguiente manera:

Es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos. Esto busca fundamentalmente la supervivencia y crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro del marco determinado por los objetivos y políticas establecidos por el plan de desarrollo estratégico e involucra a todos los niveles de responsabilidad de la entidad. (p. 88)

Vega y Lao (2017) denominada Propuesta de un índice para evaluar la gestión del control interno, determina la implementación adecuada del sistema de control interno, que garantice la sostenibilidad de los aseguradores, mediante el aumento de la eficiencia en la atención de las personas, factible únicamente dentro de un modelo de atención que cuantifique la gestión sobre la población ya identificada y atendida. El objetivo de este artículo fue proponer un índice de gestión del control interno para una entidad hospitalaria. Para dar solución a esta situación problemática se desarrolló un procedimiento que integra herramientas del control de gestión, como la evaluación de control interno, la gestión de riesgos y el enfoque por proceso. Mediante la determinación del Valor de Evaluación General de Administración (VEGA) en el control interno.

Como conclusión manifiesta que se comprobó la pertinencia de la modelación multicriterio y las redes de Petri, para la concepción y desarrollo del procedimiento

propuesto, valorándose en la práctica su factibilidad. Como resultado de la determinación del VEGA a partir del análisis por sus componentes y según los procesos de la entidad, se concluye que, aunque la entidad hospitalaria objeto de estudio práctico presenta un control interno que se evalúa como alto, pues permite detectar las principales debilidades en su gestión, existen reservas que deben ser explotadas en aras de incrementar la eficiencia en sus servicios.

2.2. Fundamentación Filosófica

El proyecto a realizarse se enfoca en un paradigma crítico - propositivo, pues al conocer las causas y efectos que origina el problema, se puede establecer una infraestructura de salud adecuada y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las instituciones de asistencia social de salud. Este medio será un instrumento de apoyo al área de procesos en cuanto a la atención al cliente en los servicios otorgados por el departamento. Con esta fundamentación se pretende observar la realidad del problema, con el fin de alterar la misma y llegar a su solución.

2.3. Fundamentación Legal

Esta investigación se fundamenta bajo los preceptos legales siguientes:

Asamblea Constituyente (2008) en la Constitución de la República del Ecuador, CAPÍTULO II. Políticas Públicas, Servicios Públicos y Participación Ciudadana indica que:

Art. 85.- Numeral 1: Las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

Art. 225.- Numeral 4, Del Sector Publico: Las personas jurídicas creadas por acto normativo de los gobiernos autónomos descentralizados para la prestación de servicios públicos.

Art 227.- De la Administración Pública: La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.

Art. 23.- De las Servidoras y Servidores Públicos: El Estado garantizará la formación y capacitación continua de las servidoras y servidores públicos a través de las escuelas, institutos, academias y programas de formación o capacitación del sector público; y la coordinación con instituciones nacionales e internacionales que operen bajo acuerdos con el Estado (p. 34).

Asamblea Nacional de Ecuador (2016) indica que Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización (COOTAD):

Art. 1 De los Principios Generales: Este Código establece la organización político-administrativa del Estado ecuatoriano en el territorio: el régimen de los diferentes niveles de gobiernos autónomos descentralizados y los regímenes especiales, con el fin de garantizar su autonomía política, administrativa y financiera. Además, desarrolla un modelo de descentralización obligatoria y progresiva a través del sistema nacional de competencias, la institucionalidad responsable de su administración, las fuentes de financiamiento y la definición de políticas y mecanismos para compensar los desequilibrios en el desarrollo territorial. (p. 23)

“La presente Ley se sustenta en los principios de: calidad, calidez, competitividad, continuidad, descentralización, desconcentración, eficacia, eficiencia, equidad, igualdad, jerarquía, lealtad, oportunidad, participación, racionalidad, responsabilidad, solidaridad, transparencia, unicidad y universalidad que promuevan la interculturalidad, igualdad y la no discriminación” (Asamblea Nacional de Ecuador, 2016, p. 3). La Contraloría General del Estado Ecuatoriano (2016) en la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado indica lo siguiente:

Art. 21.- Auditoría de gestión.- La Auditoría de Gestión es la acción fiscalizadora dirigida a examinar y evaluar el control interno y la gestión, utilizando recursos humanos de carácter multidisciplinario, el desempeño de una institución, ente contable, o la ejecución de programas y proyectos, con el fin de determinar si dicho desempeño o ejecución, se está realizando, o se ha realizado, de acuerdo a principios y criterios de economía, efectividad y eficiencia. Este tipo de auditoría examinará y evaluará los resultados originalmente esperados y medidos de acuerdo con los indicadores institucionales y de desempeño pertinentes. Constituirán objeto de la auditoría de gestión: el proceso administrativo, las actividades de apoyo, financieras y operativas; la eficiencia, efectividad y economía en el empleo de los recursos humanos, materiales, financieros, ambientales, tecnológicos y de tiempo; y, el cumplimiento de las atribuciones, objetivos y metas institucionales. A diferencia de la auditoría financiera, el resultado de la fiscalización mediante la auditoría de Gestión no implica la emisión de una opinión profesional, sino la elaboración de un informe amplio con los comentarios, conclusiones y recomendaciones pertinentes. (p. 12)

Contraloría General del Estado Ecuatoriano (2016) en la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado indica lo siguiente:

el Art. 6, señala: Componentes del Sistema.- La ejecución del sistema de control, fiscalización y auditoría del Estado se realizará por medio de:

1. El control interno, que es de responsabilidad administrativa de cada una de las instituciones del Estado a las que se refiere el artículo 2 de esta Ley; y,

2. El control externo que comprende:

a) El que compete a la Contraloría General del Estado; y,

b) El que ejerzan otras instituciones de control del Estado en el ámbito de sus competencias. (p. 22)

2.4. Categorías fundamentales

Para el desarrollo del proyecto de investigación es necesario sustentar de manera teórica cada una de las variables sujetas a estudio como se lo puede visualizar a continuación:

2.4.1. Visión dialéctica de conceptualizaciones que sustentan las variables del problema

En primer lugar, se realiza la fundamentación de la variable independiente, con la finalidad de entender de mejor manera la problemática, una vez realizado esta fundamentación se procede a fundamentar la variable dependiente.

2.4.1.1. Marco conceptual variable independiente: regularización de riesgos internos

Los componentes de la variable independiente se detallan a continuación.

2.4.1.1.1. Definición de Control Interno

Franklin (2016) indica que el control Interno es un proceso aplicado por la Gerencia y demás personal de la institución con el fin de identificar, los puntos fuertes o fortalezas como los puntos débiles o debilidades, determinando la naturaleza y extensión de las pruebas de auditoría, con el propósito de formular sugerencias que mejoren el Control Interno de la institución auditada. El sistema de control interno o de gestión es un conjunto de áreas funcionales en una empresa y de acciones especializadas en la comunicación y control al interior de la empresa. El sistema de gestión por intermedio de las actividades, afecta a todas las partes de la empresa a través del flujo de efectivo. La efectividad de una empresa se establece en la relación entre la salida de los productos o servicios y la entrada de los recursos necesarios para su producción. Entre las responsabilidades de la gerencia están:

- Controlar la efectividad de las funciones administrativas.
- Regular el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia en la empresa.
- Importancia del Control Interno.
- Cuanto mayor y compleja sea una empresa, la importancia de un adecuado sistema de control interno, será más relevante.

2.4.1.1.1. Importancia del Control Interno

Estupiñán y Niebel (2016) determinan que cuanto mayor y compleja sea una entidad, la importancia de un adecuado sistema de control interno, será más relevante. Este sistema deberá ser sofisticado y complejo de acuerdo a sus requerimientos en función de la complejidad de la organización.

2.4.1.1.2. Objetivos del Control Interno

- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios;
- Proteger y conservar los recursos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales,
- Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad; y,
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios.

2.4.1.1.1.3. Componentes del Control Interno

Estupiñán y Niebel (2016) el control interno consta de cinco componentes interrelacionados, que se derivan de la forma como la administración maneja el ente, y están integrados a los procesos administrativos, los cuales se clasifican como:

- Ambiente de Control.
- Evaluación de riesgos.
- Actividades de Control.
- Información y Comunicación.
- Supervisión y Seguimiento.

2.4.1.1.1.4. Ambiente de Control

Estupiñán y Niebel (2016) indican que consiste en el establecimiento de un entorno que estimule e influencie la actividad del personal con respecto al control de sus actividades. Es la base de los demás componentes de control a proveer disciplina y estructura para el control e incidir en la manera como:

- Se estructuran las actividades del negocio.
- Se asigna autoridad y responsabilidad.
- Se organiza y desarrolla la gente.
- Se comparten y comunican los valores y creencias.
- El personal toma conciencia de la importancia del control.

El ambiente de control tiene gran influencia en la forma como se desarrollan las operaciones, se establecen los objetivos y se minimizan los riesgos. Tiene que ver

igualmente en el comportamiento de los sistemas de información y con la supervisión en general. A su vez es influenciado.

2.4.1.1.1.5. Evaluación del Riesgo

Estupiñán y Niebel (2016) se lo define como la identificación y análisis de riesgos relevantes para el logro de los objetivos y la base para determinar la forma en que tales riesgos deben ser mejorados. La evaluación del riesgo, describe los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios, tanto los que influyen en el entorno de la organización como en su interior. En toda organización, es necesario establecer objetivos tanto integrales de la organización como de actividades principales, obteniendo con ello una base sobre la cual sean identificados y analizados los factores de riesgo que amenazan su oportuno cumplimiento.

2.4.1.1.1.6. Gestión de Riesgo

Brealey et al. (2016) manifiestan que la gestión o gerencia del riesgo es una estrategia de las organizaciones que permite identificar los riesgos para minimizarlos, reduce la incertidumbre y facilita el logro de los objetivos de la organización. Este conjunto de procesos, procedimientos y tareas maximizan el buen desempeño empresarial generando valor para toda la institución. La gestión de riesgo financiero se enfoca en los riesgos que pueden ser manejados usando instrumentos financieros y comerciales. El objetivo de la gestión de riesgos es reducir diferentes riesgos relativos a un ámbito preseleccionado a un nivel aceptado por la institución que no afecten sus rendimientos. Puede referirse a numerosos tipos de amenazas causadas por el medio ambiente, la tecnología, los seres humanos, las organizaciones y la política. Por otro lado, involucra todos los recursos disponibles de la organización como personas, organización, mercado.

Así, la administración de riesgo es un proceso realizado por el consejo directivo de una entidad, la administración y el personal de dicha entidad. Es aplicado en el

establecimiento de estrategias de toda la empresa, diseñada para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la entidad y administrar los riesgos para proporcionar una seguridad e integridad razonable referente al logro de objetivos.

La gestión de riesgos lleva a determinar el monto de capital necesario para sobrevivir, esto es, el capital en riesgo del negocio y la manera más eficiente de administrarlo.

IsoTools Excellence (2021) la norma ISO 31000 Gestión de Riesgos, entrega tres partes respecto a la administración de riesgos que se detallan a continuación:

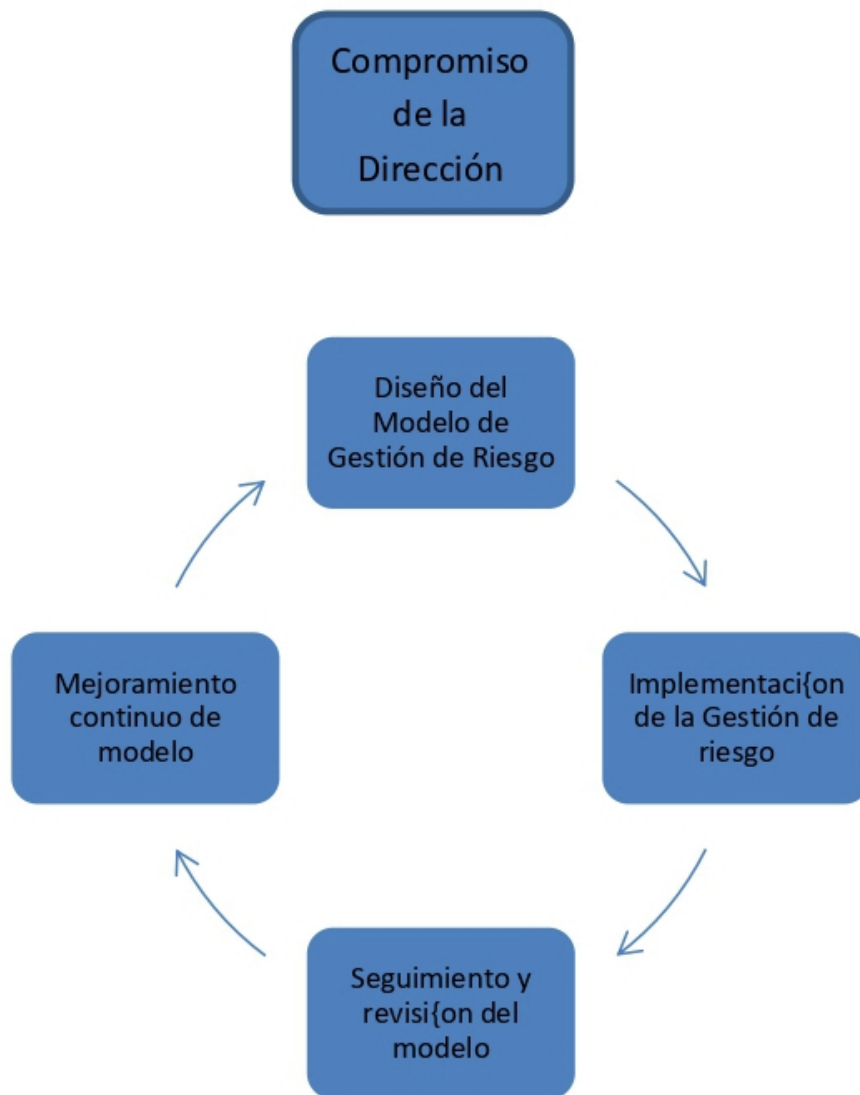
La gestión de riesgos debe tener en cuenta:

- Crea Valor.
- Está integrada en los procesos de la organización.
- Forma parte de la toma de decisiones.
- Trata explícitamente la incertidumbre.
- Es sistemática, estructurada y adecuada.
- Está basada en la mejor información disponible.
- Está hecha a medida.
- Tiene en cuenta factores humanos y culturales.
- Es transparente e inclusiva.
- Es dinámica, iterativa y sensible al cambio.
- Facilita la mejora continua de la organización.

El marco de actuación

En la figura 2, se describe el marco de actuación, el mismo que aporta a visualizar el proceso de la gestión de riesgos, para lo cual los autores Estupiñan y Nievel realizan dicho aporte.

Figura 2: El marco de actuación

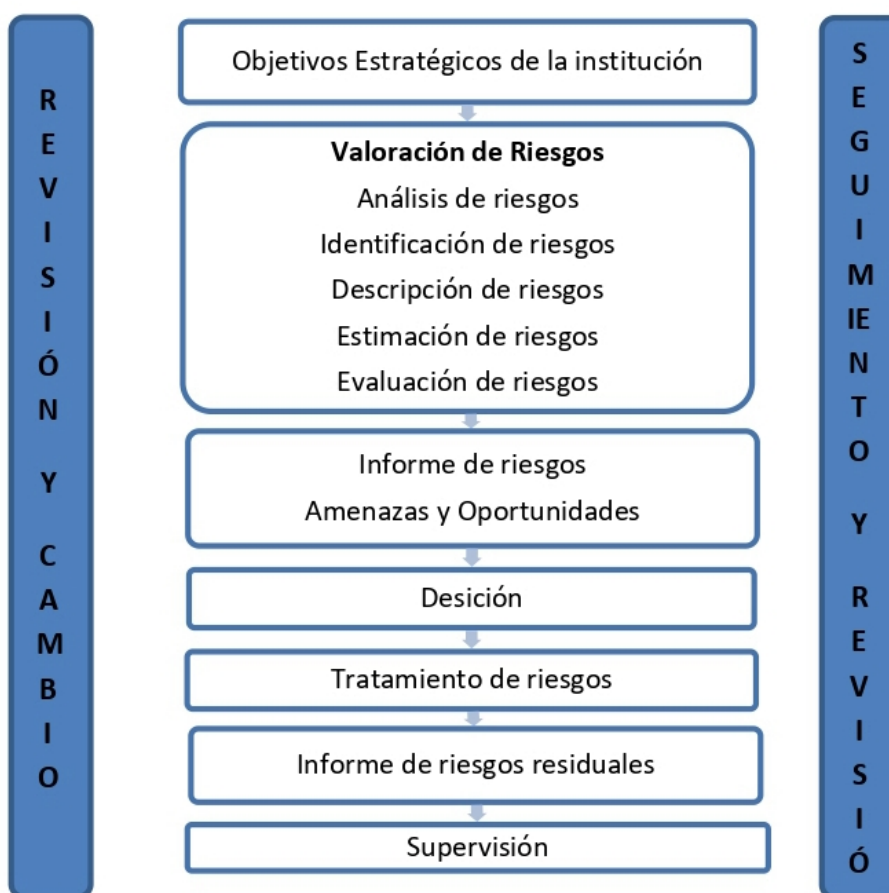


Fuente: Estupiñan y Nievel (2016)

Proceso

En la figura 3, se describe el proceso para la gestión de riesgos el cual se presenta de una manera detallada, donde el inicio es la identificación de los objetivos estratégicos, para finalizar con la revisión de los riesgos que inciden en el cumplimiento de los objetivos.

Figura 3: Proceso



Fuente: Estupiñan y Niebel (2016)

2.4.1.1.2. COSO, MICIL, COSO II y CORRE

El autor Ger (2017) manifiesta que, el control interno al ser un proceso realizado por el consejo de administración, la dirección, y el apoyo del personal que forma la entidad está diseñado con el fin de proporcionar una seguridad razonable para el

logro de los objetivos, necesita de modelos que ayuden a efectuar una evaluación y análisis completo de dicho control, es así que surge el Modelo COSO, que manifiesta que el control interno depende del directorio de cada la entidad, y se dirección al cumplimiento de los objetivos, compuesto por 17 principios y cinco componentes como el ambiente del control, la evaluación de riesgos, actividades de control, comunicación y monitoreo. Otro de los modelos es el MICIL Marco Integrado de Control Interno para Latinoamérica, que establece criterios básicos que se integran en el diseño del control interno de entidades pequeñas, medianas y grandes. Dentro de este modelo el control interno se basa en un enfoque cuantitativo y cualitativo, acompañado de cinco componentes denominados ambiente de control y trabajo, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación, supervisión, su base se centra en la ética, valores e integridad.

Cordero y Ordoñez (2016), además presentan el CORRE Control de los recursos y los riesgos - Ecuador que nace del *Committee of Sponsoring Organizations COSO*, con la finalidad de contribuir con el manejo del control interno para el cumplimiento de los objetivos y metas y permite distinguir los diferentes riesgos a través del control de los recursos con el fin de combatir la corrupción. Cumple con 8 principios como son:

- Ambiente interno de Control.
- Establecimiento de objetivos.
- Identificación de eventos.
- Evaluación de riesgos.
- Respuesta a los riesgos.
- Actividades de control.
- Información y comunicación.
- Supervisión y monitoreo.

Morales (2018) establece que el *COSO II ERM 2017- Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance*, con el objetivo de alcanzar una adecuada gestión de los riesgos que afectan directamente al normal desenvolvimiento de las entidades. Presenta una ampliación a 8 en los componentes: ambiente de control, establecimiento de objetivos, identificación de eventos, evaluación de riesgos, respuesta a los riesgos, actividades de control, información y comunicación y supervisión. Además, se suman a 20 principios que incluyen desde la gobernanza hasta lograr la supervisión profunda y completa.

2.4.1.1.3. Administración de Riesgos

Almaguer y Pérez (2017) indican que la administración del riesgo es un concepto simple, pero difícil de poner en práctica. En esencia consta de cinco pasos. Primero, identifique las áreas en las cuales su empresa tiene riesgos por accidentes o actos maliciosos. Segundo, haga lo necesario para eliminar o minimizar los riesgos. Tercero, determine cuáles son los riesgos que le conviene asumir a la empresa. Cuarto, transfiera los riesgos restantes, que puede ser imprudente asumir.

Finalmente, establezca un programa efectivo que perpetúe la buena administración del riesgo a través de cada una de las facetas de la vida empresarial. El primer paso para organizar un programa efectivo de administración del riesgo es localizar e identificar cada uno de los riesgos no especulativos, aquellos que usted puede numerar. Los más peligrosos son aquellos que no se conocen fácilmente. Tenga en cuenta dos reglas importantes. Primero, la encuesta debe incluir cada uno de los aspectos de la operación. Segundo, la identificación no debe hacerla un empleado de la empresa, porque un empleado está demasiado cerca de la operación como para poder reconocer el riesgo.

Londoño y Núñez (2016) encontró lo siguiente:

El conjunto de acciones llevadas a cabo en forma estructurada e integral, que permite a las organizaciones identificar y evaluar los riesgos que pueden afectar

el cumplimiento de sus objetivos, con el fin de emprender en forma efectiva las medidas necesarias para responder ante ellos (p. 40).

2.4.1.1.3.1. Objetivos de la Administración de Riesgos

Estupiñán (2016) se determina que la administración de riesgos posee varios objetivos que se detalla en la tabla 1:

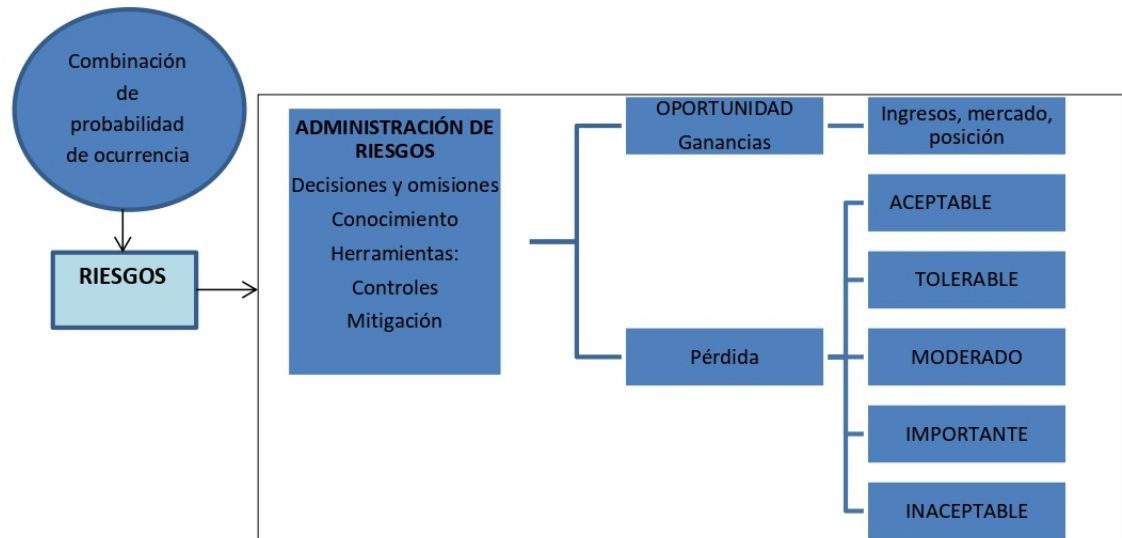
Tabla 1: Objetivos de la Administración de Riesgos

Objetivos	Funciones
Identificar los diferentes tipos de riesgo que pueden afectar la operación y/o resultados esperados de una entidad o inversión.	Determinar el nivel de tolerancia o aversión al riesgo.
Medir y controlar el riesgo “no-sistemático”, mediante la instrumentación de técnicas y herramientas, políticas e implementación de procesos.	Determinación del capital para cubrir un riesgo. Monitoreo y control de riesgos. Garantizar rendimientos sobre capital a los socios. Identificar alternativas o estrategias para incrementar la liquidez.

Fuente: elaboración propia

Al considerar los objetivos de administrar un riesgo, se presenta un flujo explicativo del proceso de administración en la figura 4:

Figura 4: Objetivos de administrar un riesgo



Fuente: Franklin (2016)

2.4.1.1.3.2. Valoración de los Riesgos: MATRIZ DE RIESGOS

De acuerdo con Gamboa et al. (2016) definen que la medición de riesgos es una metodología empleada por el auditor para medir los riesgos que afectan a la institución auditada, al existir la posibilidad de que se generen pérdidas económicas debido a un evento inesperado que restrinja el cumplimiento de los objetivos trazados. Además, es un papel de trabajo que detalla el porcentaje de riesgo de cada uno de sus componentes, compuesto por:

- Riesgo Inherente.
- Riesgo de Control.
- Riesgo de Detección.
- Riesgo de Auditoría.

Tanto el Riesgo Inherente como el Riesgo de Control son inherentes a la institución, ya que el auditor no puede alterar el porcentaje obtenido, mientras que el Riesgo de Detección y de Auditoría, son de responsabilidad del auditor, los cuales pueden ser modificados por el equipo de auditoría con la aplicación de pruebas de trabajo.

2.4.1.1.3.3. Riesgo Inherente

Figuroa (2016) señala que es la posibilidad de un error material en una afirmación antes de evaluar el control interno del cliente, que debido a la susceptibilidad de naturaleza misma de las actividades realizadas por la empresa la información financiera, administrativa u operacional contengan distorsiones o errores, antes de considerar la evaluación del Control Interno.

- Cambios económicos y políticos en el lugar donde se desarrolla el negocio.
- Rentabilidad inconsistente de la institución en relación a la industria.
- Problemas para mantener el giro del negocio en marcha.
- Falta de comunicación entre la Gerencia con los demás empleados.
- Bajo desempeño del personal por falta de comunicación, capacitación y conocimiento de sus actividades.
- Errores detectados por auditorías anteriores, los cuales no adoptaron las recomendaciones para su mejora.

2.4.1.1.3.4. Riesgo de Control

Vega y Reyes (2017) es el riesgo de que el control interno del cliente no haya evitado o detectado un error material en forma oportuna. Es la posibilidad de que empleando controles exista una representación errónea en los estados financieros y operaciones examinadas; afectando a los resultados de la evaluación. Para evaluar este riesgo el auditor identifica los controles aplicados por el ente auditado, a fin

conocer su confiabilidad, el cual se obtiene aplicando el Cuestionario de Control Interno Administrativo, considerando el total de las columnas del puntaje óptimo y el puntaje obtenido, siendo su fórmula: $\text{Riesgo de Control} = \text{Puntaje óptimo} - \text{Puntaje Obtenido}$.

Cabe recalcar que el resultado del Riesgo de Control no puede ser mayor al Riesgo Inherente, mismo que es evaluado en la Planificación Específica, para conocer la cantidad, profundidad y procedimientos a usarse en la fase de Ejecución.

2.4.1.1.3.5. Riesgo de Detección

“El riesgo de que los auditores no logren detectar el error con sus procedimientos de auditoría” (Fonseca, 2017, p. 102). Es decir se convierte en la posibilidad de que los procedimientos del auditor no detecten un error en las representaciones de los saldos de las cuentas y operaciones, lo cual afecta los resultados de la evaluación.

2.4.1.1.3.6. Riesgo de Auditoría

Baca et al. (2016) manifiesta que es la posibilidad de que al final de la auditoría existan errores que no hayan sido detectados por el auditor, atribuible a la incorrecta representación de los estados financieros. Su fórmula es: $\text{Riesgo de Auditoría} = \text{RI} * \text{RC} * \text{RD}$

Dónde:

- RI= Riesgo Inherente.
- RC= Riesgo de Control.
- RD =Riesgo de Detección.

El Riesgo de Auditoría puede ser igual o menor al 5%, pero nunca mayor a este porcentaje, pues de serlo es obligación del auditor aplicar más pruebas de auditoría para disminuir este porcentaje desde el Riesgo de Detección.

2.4.1.1.3.7. Matriz de Riesgo

Sorj y Martuccelli (2016) la definen como una tabla que indica tanto el nivel de riesgo como de confianza obtenido en la evaluación al Riesgo de Control. Es decir que el porcentaje de Riesgo de Control obtenido en el Cuestionario de Control Interno Administrativo es el riesgo que enfrenta la institución en su giro de negocio, el cual al restarlo del 100 % se obtiene el nivel de confianza que posee el ente en el desarrollo de sus procesos. Tanto la matriz de riesgo como la de confianza, son papeles de trabajo del auditor, que detallan tanto el riesgo como la confianza desde el 0 % hasta el 100 %, señalando si estos son altos, medios o bajos según las escalas detalladas.

Delimitación de términos

Sorj y Martuccelli (2016) indican que las actividades de control están constituidas por los procedimientos específicos establecidos como un reaseguro para el cumplimiento de los objetivos, orientados primordialmente hacia la prevención y neutralización de los riesgos.

Sorj y Martuccelli (2016) establecen que el ambiente de control es un conjunto de circunstancias que enmarcan el accionar de una entidad desde la perspectiva del control interno y que son por lo tanto determinantes del grado en que los principios de este último predominan sobre las conductas y los procedimientos organizacionales.

Sorj y Martuccelli (2016) resaltan que la medición se da en las entidades financieras deberían estimar el riesgo inherente en todas sus actividades, productos, áreas particulares o conjuntos de actividades o portafolios, usando técnicas cualitativas basadas en análisis expertos, técnicas cuantitativas que estiman el potencial de pérdidas operativas a un nivel de confianza dado o una combinación de ambos.

Sorj y Martuccelli (2016) manifiestan que los procedimientos de control son aquellas políticas y procedimientos además del ambiente de control que la administración ha establecido para lograr los objetivos específicos de la entidad.

Sorj y Martuccelli (2016) dentro de los riesgos de mercado se dan debido a las variaciones imprevistas de los precios de los instrumentos de negociación. Cada día se cierran muchas empresas y otras tienen éxito. Es la capacidad empresarial y de gestión la que permitirá ver el futuro y elegir productos de éxito para mantener la lealtad de los clientes, preservar la imagen y la confianza.

Colorimetría

Sorj y Martuccelli (2016) indica que es un sistema que usa distintos colores para mostrar el resultado obtenido de la medición de riesgos de forma rápida y resumida. Existen tres tipos de escalas colorimétricas, siendo:

- Tres Niveles o Sistema de Semáforo.
- Cuatro Niveles o Sistema de Alertas.
- Cinco Niveles o Sistema de Escala.

Cada color tiene un significado distinto, los cuales han sido asignados de acuerdo a la importancia del impacto y profundidad del riesgo.

Sorj y Martuccelli (2016) manifiestan que la ventaja de trabajar con la colorimetría es que permite identificar en qué nivel de riesgo se encuentra el giro de negocio, a fin de tomar las medidas pertinentes y así poder reducir su porcentaje, básicamente se trabaja con colores porque llama más la atención de todos quienes constituyen la empresa, es decir que es un medio didáctico que ayuda como incentivo para mejorar las actividades y procesos, cambiando de un nivel de color a otro.

2.4.1.1.4. Gestión presupuestaria

Los entes territoriales cuentan con diversas fuentes de financiación para la construcción y dotación de infraestructura de salud. Todas estas fuentes deben ser consultadas,

identificando los recursos que pueden financiar el proyecto y los requisitos a cumplir para tener acceso a cada una de ellas.

2.4.1.1.4.1. Programación Presupuestaria

El Ministerio de Economía y Finanzas (2018) indica que, es la fase del ciclo presupuestario en la que, en base de los objetivos determinados por la planificación y las disponibilidades presupuestarias coherentes con el escenario fiscal esperado, se definen los programas, proyectos y actividades a incorporar en el presupuesto, con la identificación de las metas, los recursos necesarios, los impactos o resultados esperados de su entrega a la sociedad y los plazos para su ejecución.

2.4.1.1.4.2. Gestión presupuestaria por resultados

Los presupuestos públicos se programaron y ejecutaron con la metodología técnica de presupuestarían por resultados sobre la base de programas identificados en estrecha vinculación a la planificación y en un horizonte plurianual, con el objetivo de mejorar la eficiencia asignativa y productiva del gasto público.

Se entenderá la presupuestación por resultados, PPR, como los mecanismos y procesos de financiamiento del sector público encaminados a vincular la asignación de recursos con los productos y resultados, en términos de sus efectos sobre la sociedad, con el objetivo de mejorar la eficiencia asignatura y productiva del gasto público.

2.4.1.1.5. Sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (2020) indica que comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y

la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios.

Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos.

2.4.1.2. Cumplimiento de objetivos (Variable dependiente)

2.4.1.2.1. Cumplimiento de objetivos

La Universidad Austral de Chile (2016) en su libro publicado indica que :

Formulación de los objetivos: la primera etapa, formulación del o los objetivos estratégicos, es la más importante. Un objetivo estratégico es un estado futuro deseable para la organización, una meta armónica con un escenario probable previamente identificado con claridad en el análisis del entorno. El objetivo estratégico que la organización pretende alcanzar es la respuesta adaptativa de la misma frente a cambios externos; Esto debe tomarse en cuenta al formular un objetivo para evitar confundirlos con tareas que son parte del rol habitual de la organización y que como tal se encuentre ya claramente definido al identificar su misión. La tarea de definir los objetivos debe comprometer a toda la organización.

Tal requisito es más determinante aún en las instituciones universitarias; dada su propia naturaleza de comunidad pensante y crítica, y es razonable pensar que en una organización universitaria la formulación de objetivos es un proceso que puede nacer principalmente del estamento académico, estimulado por las instancias directivas superiores. La misión de la universidad, por su parte, es una materia de permanente debate y se encuentra extensamente analizada en innumerables documentos. Por tal razón, debe evitarse expresamente retomar este análisis en el proceso de planificación estratégica. Un buen objetivo debe cumplir, a lo menos, con las siguientes cualidades básicas:

Relevante: La meta planteada debe ser importante, de tal modo que toda la organización se comprometa en su logro.

Clara: La identificación debe ser breve, clara y fácilmente entendible con un sentido inequívoco.

Verificable: el objetivo planteado debe contener en sí mismo los elementos que permitan verificar el grado de cumplimiento de la meta propuesta. En algunos casos el nivel del logro alcanzado puede medirse con indicadores, pero en una institución universitaria es menos frecuente encontrar parámetros medibles. Sin embargo, debe evitarse el planteamiento de objetivos que no pueden ser evaluados. (p. 4)

2.4.1.2.2. Indicadores de cumplimiento

Rodríguez (2020) indica que los indicadores son aquellos que permiten monitorear y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos y las metas de gestión establecidos por la entidad. Dichos indicadores determinan lo que la entidad está realizando y los efectos que generan las actividades, por lo tanto, se presentan varios aspectos que son objeto de medición.

- **Recursos:** Se lleva a cabo un análisis de talento humano, parte presupuestaria, planta, equipo que cuenta la entidad de salud.
- **Cargas de trabajo:** Datos estadísticos y metas proyectadas durante un cierto periodo, cantidad de personal
- **Resultados:** Se toma como objeto de medición la cantidad de pacientes atendidos, los problemas solucionados.
- **Satisfacción del usuario:** Análisis del número de quejas recibidas, resultados de encuestas.
- **Calidad del servicio brindado:** Tiempos de respuesta a su requerimiento, calidad de la atención médica.

2.4.1.2.3. Gestión

Contraloría General del Estado Ecuatoriano (2016) establece lo siguiente:

Es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos. Esto busca fundamentalmente la supervivencia y crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro del marco determinado por los objetivos y políticas establecidos por el plan de desarrollo estratégico e involucra a todos los niveles de responsabilidad de la entidad (p. 21).

2.4.1.2.3.1. Gestión por procesos

Mallar (2016) asegura que la gestión por procesos implica el control de los mismos en donde se puedan establecer mecanismos capaces de predecir el resultado de los procesos que se están llevando a cabo, para asegurar la calidad de lo que se brinda a los clientes..

Objetivos de la gestión por procesos

Mallar (2016) el principal objetivo de la Gestión por Procesos es aumentar los resultados de la Organización a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus usuarios. Además de incrementar la productividad a través de:

- Reducir los costos internos innecesarios (actividades sin valor agregado).
- Acortar los plazos de entrega (reducir tiempos de ciclo).
- Mejorar la calidad y el valor percibido por los usuarios de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.
- Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el usuario (ej: Información).

Beneficios de la gestión por procesos

Pérez (2017) los beneficios principales de la gestión por procesos se detallan a continuación:

- **Facilita de la toma de decisiones:**

Al estar alineadas todas las áreas de la empresa, la alta gerencia evita la reiteración innecesaria de órdenes y, por ende, puede tomar decisiones de forma clara y sin entrar en contradicciones. Además, sus mensajes serán más eficaces y dispondrá de canales de comunicación adecuados en cada caso.

- **Mejora la gestión e implementación de recursos**

Si mejora la comunicación y la relación entre las distintas áreas, es lógico que a la vez también mejore el uso de los recursos. De esta forma evitaremos la formulación de soluciones adicionales y el gasto orientado a corregir fallos.

- **Favorece la calidad de los servicios**

En la gestión por procesos, la interconexión entre distintas áreas o dependencias contribuye a mejorar las zonas improductivas de los procesos o aquellas en las que el valor añadido sea mínimo. Esto ayuda a que los servicios sean cada vez mejores y se ajusten a las necesidades de los clientes.

- **Aumenta la satisfacción del cliente**

“establece que si los servicios son mejores, esto incidirá notablemente en la satisfacción de los clientes, que es, recordemos, el principal objetivo de cualquier estrategia de ventas” (OBS Business School, 2017, p. 1). Como se mencionó anteriormente la gestión de procesos posee una serie de beneficios que son esenciales dentro de la empresa ya que permite mantener una adecuada calidad del servicio, además permite verificar la correcta secuencia de cada proceso; con el fin de obtener una alta credibilidad para los usuarios.

- **Indicadores de cumplimiento**

OECD (2017) incorporar indicadores y metas de desempeño al proceso presupuestario es disponer de información sobre los niveles de cumplimiento de los objetivos planteados y resultados esperados de cada institución y enriquecer el análisis en la formulación del presupuesto.

2.4.1.2.4. Prestación de servicios de salud

Espinosa et al. (2017) indica que lo siguiente:

De acuerdo con el mandato de la Constitución de Ecuador de 2008 y de la Ley Orgánica de Salud del año 2006, el MSP formuló un nuevo modelo de atención (el

Modelo de Atención Integral de Salud o MAIS), que está basado en el marco de la APS. Con ello, el MSP hizo suya la definición de salud como pilar del desarrollo humano sostenible, entendiendo que el desarrollo de las comunidades se enmarca en el cuidado de su salud y que, a través de un enfoque de promoción y prevención, es posible alcanzar el desarrollo individual y colectivo al que aspira el país: La salud y el enfoque de atención primaria en salud están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable,... plantea el desarrollo como bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras (p. 5).

2.4.1.2.5. Calidad de la atención

El autor Forrellat (2016) indica que la calidad en el sector salud es brindar una respuesta efectiva a los diferentes requerimientos, problemas sanitarios que atraviesa una población de tal forma que genere satisfacción de los pacientes, por medio de la utilización de la ciencia y tecnología médica que aporten al logro de la salud adecuada con el fin de minimizar los riesgos.

Así también, Forrellat (2016) manifiesta que es importante tomar en cuenta los diferentes aspectos que interfieren para alcanzar un cambio en el nivel de calidad en el ámbito del servicio de salud:

Calidad con enfoque en el paciente

Toda la atención se concentra en cubrir las necesidades del paciente.

Enfoque en la mejora de procesos

Una vez que se establecen las necesidades del paciente se identifican los diferentes procesos a ser aplicados durante la atención, los mismos que deben ser eficientes, concretos de acuerdo al requerimiento, con el fin de evitar los cuellos de botella en el desarrollo.

Mejora continua

Interfiere el planteamiento de metas, a corto, mediano y largo plazo, con el objetivo de analizar el trabajo y aporte de los funcionarios de la salud.

Reconocimiento de los éxitos alcanzados

Ejecución de incentivos, reconocimientos para el personal que brinda sus servicios en las diferentes áreas donde asiste el paciente.

2.4.1.2.5.1. ISO 9001 en las organizaciones del Sector Salud, garantía de calidad

IsoTools Excellence (2021) indica que la norma ISO9001 es una herramienta primordial para gestionar de forma correcta el sistema de calidad que se maneja. Es así que este modelo de gestión permite el desarrollo de la gestión por procesos de manera ágil y el logro de los objetivos estratégicos, fundamentales como:

- Mejora de la efectividad y eficiencia de las prestaciones de servicios de salud
- Seguridad clínica y estructural.
- Continuidad en la asistencia.
- Trato personalizado y humanizado con el paciente.
- Adecuación en la oferta de servicios y en el uso de recursos.
- Relación de la disponibilidad de la intervención sanitaria y la necesidad que tiene el paciente.

2.4.1.2.6. Pacientes - Usuarios

Pilco y Fernández (2020) indican que un paciente es el encargado de analizar la calidad en la atención médica, por medio de sus percepciones para identificar la efectividad y

si logra alcanzar los resultados esperados, además de la eficiencia que impulsa al uso correcto de los recursos que dispone la institución de salud, la ética que engloba los valores de todo el personal médico, y la seguridad en donde se ofrezca servicios que garanticen el mínimo nivel de riesgos.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) en el manual de paciente usuario en la atención médica la calidad y seguridad se convierte en un requisito fundamental que cumpla con la parte técnica y ética por parte de los prestadores de un servicio, por medio del cumplimiento de procesos administrativos, asistenciales para responder a todos los requerimientos del paciente. La seguridad de la atención en salud es un proceso constante que se centraliza en:

- Conocimiento de los riesgos de eventos adversos.
- Eliminación de los riesgos innecesarios.
- Prevención y corrección de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas, en evidencia científica, con demostrada efectividad.

Prácticas seguras para el paciente-usuario

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) en el manual de paciente usuario indica que las prácticas para la seguridad del paciente - usuario se clasifican en tres tipos: seguras administrativas, seguras asistenciales y seguras administrativas / asistenciales. El detalle se lo presenta a continuación:

Prácticas Seguras Administrativas

- Identificación correcta del paciente.
- Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Prácticas Seguras Asistenciales

- Control de abreviaturas peligrosas.
- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
- Control de electrolitos concentrados.
- Conciliación de medicamentos.
- Administración correcta de medicamentos.
- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
- Profilaxis de trombo embolismo venoso.
- Prevención de úlceras por presión.

Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales

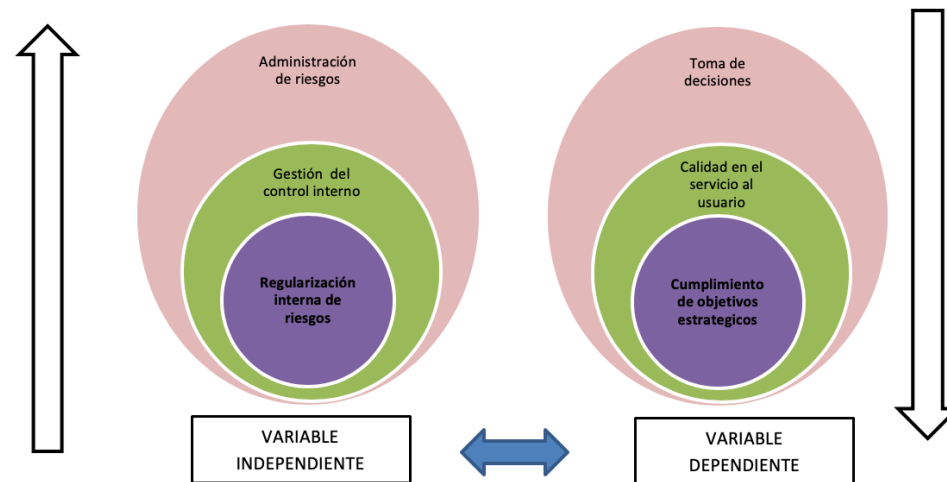
- Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Prácticas quirúrgicas seguras.
- Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición.
- Manejo correcto de las bombas de infusión.
- Higiene de manos.
- Prevención de caídas.
- Educación en seguridad del paciente.

2.4.2. Gráficos de Inclusión Interrelacionados

En la figura 5, se presentan las categorías fundamentales, las cuales permiten establecer las relaciones entre la variable independiente y dependiente, para lo cual se realiza una contextualización desde lo micro hasta lo macro.

2.4.2.1. Superordinación conceptual

Figura 5: Categorías Fundamentales

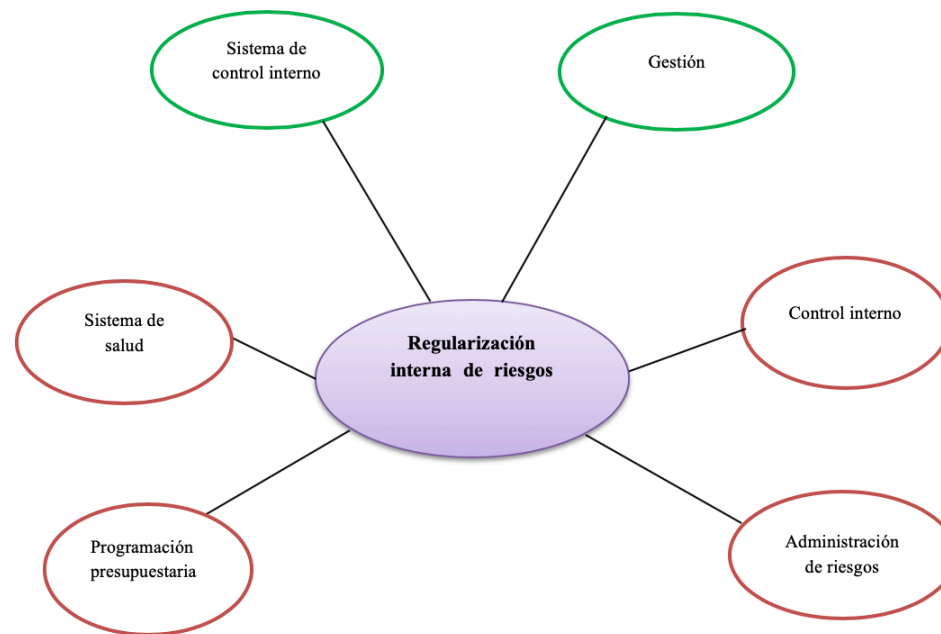


Fuente: elaboración propia

2.4.3. Subordinación conceptual

En la figura 6, se describe la subordinación conceptual de la variable independiente, para de esta manera establecer de mejor manera la fundamentación teórica.

Figura 6: Constelación de Ideas de la Variable Independiente

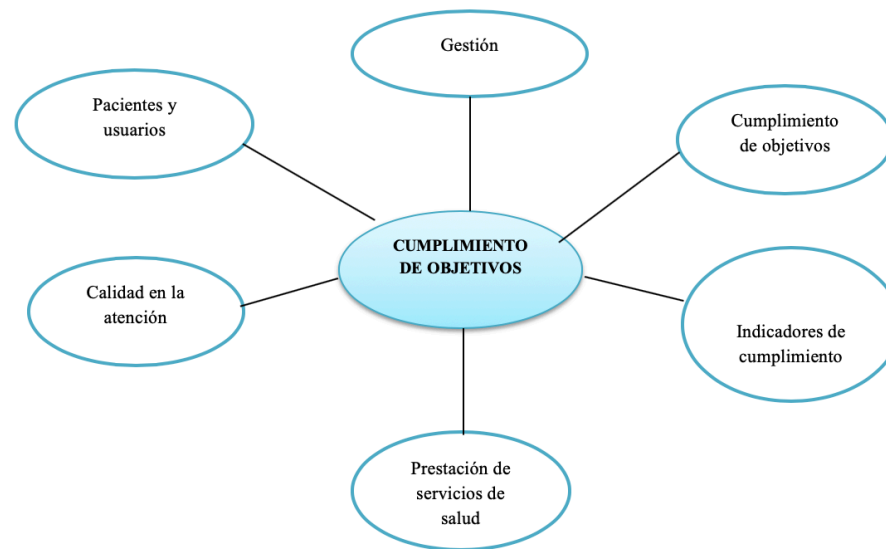


Fuente: elaboración propia

2.4.4. Constelación de Ideas de la Variable Dependiente

En la figura 7, se describe la subordinación conceptual de la variable dependiente, para de esta manera establecer de mejor manera la fundamentación teórica.

Figura 7: Constelación de Ideas de la Variable Dependiente



Fuente: elaboración propia

2.5. Hipótesis

Con los antecedentes antes señalados se procede a establecer la hipótesis nula y alterna, las cuales serán comprobadas al momento de contar con toda la información.

H_1 = La regularización de los riesgos internos incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

H_0 = La regularización de los riesgos internos no inciden en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

2.6. Señalamiento de variables

- **Variable Independiente:** Regularización interna de riesgos.
- **Variable Dependiente:** Cumplimiento de objetivos.
- **Unidad de Observación:** Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

Para la presente investigación se empleó un enfoque cualitativo y cuantitativo porque se emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos para generar conocimientos.

Mesías (2018) encontró lo siguiente:

La investigación de tipo cualitativo en su enfoque rechaza la pretensión racional de solo cuantificar la realidad humana, en cambio da importancia al contexto, a la función y al significado de los actos humanos, valora la realidad como es vivida y percibida, con las ideas, sentimientos y motivaciones de sus actores. La cuantificación y medición de procesos tales como opiniones, creencias, actitudes, valores, hábitos, comportamientos y otros se ha presentado como uno de los avances más importantes, y se ha convertido en el principal indicador y criterio de desarrollo científico (p. 1).

Con el enfoque cualitativo en el desarrollo del proyecto permitirá descubrir y refinar preguntas de investigación, basado en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones que se obtienen dentro de las instituciones a investigar.

La presente investigación es predominantemente cuantitativa por medio de la recolección y el análisis de datos a través de varias mediciones e indicadores y así contestar preguntas de investigación, probar la hipótesis ya establecida, la medición

numérica, el conteo y el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

La investigación se ve incluida dos metodologías, es decir un enfoque mixto Arias (2019) manifiesta lo siguiente:

El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en una misma investigación o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento, y justifica la utilización de este enfoque en su estudio considerando que ambos métodos (cuantitativo y cualitativo) se entremezclan en la mayoría de sus etapas, por lo que es conveniente combinarlos para obtener información que permita la triangulación como forma de encontrar diferentes caminos y obtener una comprensión e interpretación, lo más amplia posible, del fenómeno en estudio (p. 21).

Por lo tanto, este enfoque mixto se lo identifica ya que da la posibilidad de adquirir datos numéricos que serán tabulados estadísticamente, es así que los datos cualitativos se los identifica por las características de acuerdo a las realidades existentes en los procesos del control interno, esto aportará para el análisis de la problemática existe en el Patronato Provincial de Tungurahua.

3.2. Modalidad básica de la investigación

Se realizó el presente proyecto de investigación con la utilización de las siguientes modalidades: investigación bibliográfica - documental, investigación de campo, y la investigación de tipo propositivo.

3.2.1. Investigación Bibliográfica documental

Tancara (2016) encontró lo siguiente:

El autor define como una serie de métodos y técnicas de búsqueda y almacenamiento de la información contenida en los documentos, en primera instancia, y la presentación sistemática, coherente y suficientemente argumentada de nueva información en un documento científico, en segunda instancia. De este modo, no debe entenderse ni agotarse la investigación documental como la simple búsqueda de documentos relativos a un tema (p. 94).

La investigación bibliográfica - documental examinará la información escrita sobre el problema planteado, brindando un aporte a la consecución de los objetivos; además de existirá el apoyo en otros trabajos de investigación que son contribuciones científicas del y ejecutados en base a estudios de varios autores; todo ello será de gran utilidad para la elaboración de todo el marco conceptual.

Además, el uso de fuentes escritas por varios autores que llevan relación con el tema objeto de estudio, de la utilización de información hallada en libros, el internet, publicaciones, revistas; así como también la información proporcionada por el Patronato Provincial de Tungurahua con el fin de completar los datos y conocer la profundidad de todo lo relacionado con el problema de investigación.

3.2.2. Investigación de campo

Campos y Lule (2016), la investigación de campo es el estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos. En esta modalidad el investigador toma contacto en forma directa con la realidad, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto.

En base a lo descrito anteriormente la investigación de campo es de gran utilidad, para mantener un contacto personal y directo entre el investigador y las personas inmiscuidas con el objetivo de conocer la realidad de la investigación, todo esto se concreta a través de:

- Aplicación de entrevista a los representantes de las instituciones a investigar, que permitan conocer cómo se maneja la gestión del control interno, administración de riesgos y la atención médica.
- Análisis de los procesos administrativos que maneja en las entidades.
- Encuestas a los usuarios de los servicios de las instituciones a investigar.
- Listas de cotejo para comparar la información.

La investigación de campo será necesaria para realizar el presente trabajo ya que nos permitirá la observación directa con el material de estudio y analizar la problemática que se suscita en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

3.3. Nivel o tipo de investigación

3.3.1. Investigación no Experimental

Hernández (2016) manifiesta respecto a la la investigación no experimental como:

Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. (p. 149)

Es así que la investigación no experimental permitió ejecutar una revisión clara y amplia de los diferentes documentos, archivos, estadísticas e informes de la entidad de salud. Para de esta manera establecer los efectos de la variable independiente sobre la dependiente.

3.3.2. Investigación Descriptiva

“La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo con el fin de determinar su estructura o comportamiento” (Arias, 2016, p. 23). Por medio de esta investigación se logra detallar, describir, analizar e interpretar metódicamente los diferentes elementos que se hallan en el lugar específico, es decir la naturaleza actual en donde se llevó a cabo la investigación. Además de efectuar un análisis de las causas que dieron origen al problema.

Con esta investigación nos ayudó a realizar un análisis preciso de las causas y efectos que originaron el problema y de esta manera poder describir detalladamente sus pormenores, mediante el diagnóstico de las variables sujetas de estudio, así también por medio de las gráficas estadísticas (pasteles, barras, media, moda, entre otras) resultantes de la tabulación de la información.

3.3.3. Investigación Correlacional

Hernández (2016) respecto a la investigación correlacional indica que :

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. (p. 81).

En referencia a lo antes mencionado se debe indicar que se va a realizar una correlación de *Pearson* para establecer la correlación de las variables.

3.3.3.1. Estadística inferencial

Hernández (2016) indica que :

Con frecuencia, el propósito de la investigación va más allá de describir las distribuciones de las variables: se pretende probar hipótesis y generalizar los resultados obtenidos en la muestra a la población o universo. Los datos casi siempre se recolectan de una muestra y sus resultados estadísticos se denominan estadígrafos; la media o la desviación estándar de la distribución de una muestra son estadígrafos. A las estadísticas de la población se les conoce como parámetros. Éstos no son calculados, porque no se recolectan datos de toda la población, pero pueden ser inferidos de los estadígrafos, de ahí el nombre de estadística inferencial. (p. 305)

En relación a lo antes mencionado se debe indicar que se va a aplicar la estadística inferencial con la finalidad de probar la hipótesis estimada dentro del proyecto de investigación.

3.3.3.2. Correlación de *Pearson*

“Es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel 3 por intervalos o de razón” (Hernández, 2016, p. 311). Dentro del proyecto de investigación se va a aplicar la correlación de Pearson mediante el *software SPSS*.

3.3.3.3. Alfa de *Cronbach*

Oviedo y Campo (2017) encontraron lo siguiente:

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach (1951). Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala,

es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados (3,17). En otras palabras, el alfa de Cronbach es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento (20). También se puede concebir este coeficiente como la medida en la cual algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem. Generalmente, un grupo de ítems que explora un factor común muestra un elevado valor de alfa de Cronbach (3,21) (p. 575).

Dicho análisis de consistencia se lo aplica al cuestionario, de tal manera establecer la confiabilidad de la aplicación de la encuesta a los usuarios de los servicios de salud.

3.3.3.4. *Software SPSS*

Wagner (2017) encontró lo siguiente:

El *software SPSS / PASW Statistics* funciona con varios tipos de archivos de computadora: archivos de datos, archivos de salida y archivos de sintaxis. Los archivos de datos son aquellos archivos de computadora que contienen la información que el usuario pretende analizar. Los archivos de salida contienen el análisis estadístico de estos datos, que a menudo se muestran como tablas, gráficos y / o cuadros. Los archivos de sintaxis son instrucciones de computadora que le indican al *software SPSS / PASW Statistics* qué hacer. Los archivos de sintaxis no se utilizan con la versión para estudiantes de *SPSS / PASW Statistics* y se tratan como una aplicación avanzada. (p. 2)

Se utiliza el *software SPSS*, en el proyecto de investigación de tal manera que puedan realizar el análisis de consistencia, así como también la correlación de Pearson, con la finalidad de establecer conclusiones allegadas a la realidad de las instituciones de salud.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

“la población es el conjunto total de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (Pérez et al., 2016, p. 89). Para desarrollar la investigación se tomará como población a las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua y sus usuarios.

3.4.2. Muestra

Pérez et al. (2016) la muestra es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica y otros; se convierte en una parte representativa de la población.

Para dicha investigación se tomará una muestra intencionada debido a las circunstancias que vive actualmente el país, la misma que se detalla a continuación:

- Patronato Provincial de Tungurahua.
- Unidad de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro.

Con respecto a la muestra relacionada con los usuarios, se estima una población promedio atendida por día de 600 usuarios entre las dos instituciones. Para el cálculo del tamaño de la muestra los parámetros utilizados serán:

$N = 600$ _____ Población.

$Z = 95\%$ _____ Nivel de confiabilidad.

$p = 50\%$ _____ Probabilidad de éxito.

$q = 50\%$ _____ Probabilidad de fallo

$e = 5\%$ _____ Error máximo admisible

$$n = \frac{N \times Z^2 a \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 a \times p \times q} \quad (1)$$

$$n = \frac{600 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,5^2 \times (600 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 76$$

Una vez que se han sustituido los datos en la fórmula se obtiene como resultado un tamaño de la muestra de setenta y seis usuarios a encuestas para obtener el nivel de satisfacción, para así determinar el cumplimiento de los objetivos.

3.5. Operacionalización de las variables

En la tabla 2, se presenta la operacionalización de la variable independiente y en la tabla 3, se presenta la operacionalización de la variable dependiente.

Tabla 2: Operacionalización de la variable independiente: Regularización interna de riesgos

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Se lo define como la identificación y análisis de riesgos relevantes para el logro de los objetivos y la base para determinar la forma en que tales riesgos deben ser mejorados.	Administración por objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de cumplimiento de la autogestión y autocontrol (Efectividad) ▪ Informes de gestión presentados, socializados y evaluados (efectividad) ▪ Impacto de las recomendaciones realizadas (Efectividad) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se establecen procedimientos específicos de control interno?. ▪ ¿Se realiza un control de los riesgos que posee la entidad?. ▪ ¿Se traslada la información de forma correcta, segura y oportuna?. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos estadísticos ▪ Matriz del Modelo de Madurez del Control Interno

Continúa en la siguiente página

Tabla 2: Operacionalización de la variable independiente: Regularización interna de riesgos (Continuación)

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La regularización del riesgo, describe los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios, tanto los que influyen en el entorno de la organización como en su interior	Resultados concretos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestructura construida durante un período/Total de recursos para construcción en el POA de ese período . ▪ Incremento de atención médica (Eficacia). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se da seguimiento y se evalúa periódicamente el sistema de control interno?. ▪ ¿Se monitorean y evalúan la gestión económica y financiera? ▪ ¿Se manejan atenciones médicas en sitios adecuados y seguros?. 	

Fuente: elaboración propia

Tabla 3: Variable dependiente: Cumplimiento de objetivos

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Se refiere al nivel de conformidad de la persona cuando utiliza un servicio, es un requisito indispensable para ganarse un lugar en la “mente” de los clientes y por ende, en	Calidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de quejas impuestas por el usuario 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Considera que el servicio brindado es bueno, malo, regular, pésimo?. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuestas- cuestionarios Datos estadísticos del total de pacientes atendidos. ▪ Datos estadísticos de las especialidades médicas existentes.

Continúa en la siguiente página

Tabla 3: Variable dependiente: Cumplimiento de objetivos

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
el mercado meta. Por ende el objetivo de mantener fidelidad de los clientes es brindarles satisfacción de cada cliente o usuario	Optimización del tiempo en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento total de las metas y objetivos proyectados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿El usuario percibe una satisfacción alta, media, baja?. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analítica de datos integral con SERVQUAL

Fuente: elaboración propia

3.6. Recolección de información

Tomando en cuenta todos los antecedentes para la recolección de toda la información necesaria para llevar a cabo la investigación, se toma en cuenta lo siguiente:

3.6.1. Plan de recolección de la información

El presente plan contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, de acuerdo con el enfoque escogido, considerando los siguientes elementos:

3.6.1.1. Definición de los sujetos: personas u objetos que van a ser investigados

Los sujetos a ser investigados son los funcionarios de las dos Instituciones de Asistencia Social de Salud de la provincia de Tungurahua.

3.6.1.2. Selección de las técnicas a emplear en el proceso de recolección de información

En base a lo antes mencionado para el proyecto de investigación se recopiló información en el Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro, con la aplicación de encuestas la cual aporta para recabar información brindada los usuarios de los servicios de salud.

Todo ello, debido a que mediante dicha técnica aplicada aportó a recolectar opiniones del personal que laboran dentro de las entidades, las cuales contienen una lista de preguntas, así como sus resultados de gran utilidad al investigador.

3.6.1.3. Instrumentos seleccionados o diseñados de acuerdo con la técnica escogida para la investigación

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron cuestionarios, los cuales se conformaron por preguntas cerradas que mantienen relación con las variables independiente y dependiente, estas se aplicaron a los usuarios, debido a que se encuentran ligados directamente con el tema de la investigación, así como también lista de cotejamiento para facilitar la comparación de la información.

3.6.1.3.1. Encuestas

Los autores Abascal y Grande (2016) manifiestan respecto a las encuestas que :

se puede definir como una técnica primaria de obtención de información sobre la base de un conjunto objetivo, coherente y articulado de preguntas, que garantiza que la información proporcionada por una muestra pueda ser analizada mediante métodos cuantitativos y los resultados sean extrapolables con determinados errores y confianzas a una población (p. 14).

3.6.1.3.2. Listas de cotejo

3.6.1.4. Explicitación de procedimientos para la recolección de información, cómo se va a aplicar los instrumentos, condiciones de tiempo y espacio, etc.

Se procederá a aplicar el cuestionario a los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro.

3.6.1.4.1. Desarrollo de los Objetivos

3.6.1.4.1.1. Objetivo uno

- Efectuar un diagnóstico de la realidad actual de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua, por medio de la aplicación de la herramienta de encuesta *SERVQUAL (Service Quality)*, como una medida de la calidad del servicio para lograr la identificación del cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Datos

La información se por medio de una encuesta a los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro, de tal manera que se pueda establecer un diagnóstico claro referente a regularización interna de riesgos y el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

Fuentes de información

Primarias

Abascal y Grande (2016) las fuentes primarias son aquellas que contienen una información original, y su recopilación se alcanza a través de una investigación directa del objeto de estudio, y con métodos establecidos. Para la recolección de datos primarios, es importante acceder a un plan que contiene, métodos e instrumentos de investigación, el plan de muestreo, y las técnicas para establecer contacto con las personas que serán de apoyo para desarrollar la investigación. Es importante iniciar con la identificación del riesgo .

Ahora, es necesario detallar que se empleó una encuesta denominada *SERVQUAL*,

3.6.1.4.1.2. Objetivo dos

- Evaluar el control interno de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua mediante la aplicación del Modelo de Madurez del Control Interno, como una herramienta de diagnóstico del estado actual y el impacto de los riesgos.

Datos

Para analizar en control interno se utilizó el Modelo de Madurez del Control Interno en el Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro, misma que funcionará como una herramienta de diagnóstico que permitirá a la administración activa conocer el estado del control interno, como una fuente para la autoevaluación al considerar las buenas prácticas emitidas por COSO 2013.

Estructura

El modelo comprende componentes funcionales del sistema de control interno y los posibles estados que describen la evolución de cada uno de ellos. Los componentes funcionales son:

- Entorno de Control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de Control
- Sistemas de Información y Comunicación
- Actividades de supervisión del control interno.

El modelo de madurez comprende una hoja separada por componente funcional del control interno. En cada hoja se incluye la definición del componente respectivo, así

como los principios y atributos que presentan los rasgos que podrían asumir en cinco posibles estados, conforme a la escala evolutiva siguiente:

Incipiente: existe evidencia de que la entidad ha emprendido esfuerzos aislados para el establecimiento del control interno; sin embargo, aún no se ha reconocido su importancia. El enfoque general en relación con el control interno es desorganizado.

Novato: se han instaurado procesos que propician el establecimiento y operación del control interno. Se empieza a generalizar el compromiso, pero éste se manifiesta principalmente en la administración superior.

Competente: los procedimientos se han estandarizado y documentado, y se han difundido en todos los niveles de la organización. El control interno funciona conforme a las necesidades de la organización y el marco regulador.

Diestro: se han instaurado procesos de mejora continua para el oportuno ajuste y fortalecimiento permanente del control interno.

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

Resultados

Puntaje: resumen y detalle del puntaje obtenido respecto a cada componente funcional del sistema de control interno. La ponderación asignada es proporcional para cada posible estado, y se acumula al avanzar de un estado a otro. El valor mínimo que obtendría una institución es el correspondiente al estado Incipiente.

Gráfico: Representación gráfica de los resultados obtenidos.

Análisis: Detalle de los resultados obtenidos, con indicación del puntaje obtenido, grado de madurez, atención requerida, grado siguiente, acciones por definir. En la figura 8, se presenta el Modelo de madurez del sistema del control interno.

Figura 8: Modelo de madurez del sistema del control interno

MODELO DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO			
Sección 2 — EVALUACIÓN DE RIESGOS			
<p><i>Implica un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos de cara a la consecución de los objetivos. Dichos riesgos deben evaluarse en relación a unos niveles preestablecidos de tolerancia. De este modo, la evaluación de riesgos constituye la base para determinar cómo se gestionarán. El modelo de madurez contempla los siguientes aspectos:</i></p>			
	2	Evaluación del riesgo	PENDIENTE
	¿En qué consiste?	Señale la opción que describa mejor la situación actual de su entidad, colocando una "X" en la celda correspondiente en la columna de la derecha:	
		Colocar una X	Seleccionar una opción abajo
	Opciones	Principio N.6.- La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.-	
	A	Incipiente: Se evidencia que dentro de la entidad no existen objetivos de operaciones que no reflejan elecciones de la administración sobre la estructura, consideraciones y su desempeño.	
	B	Novato: La entidad inicia a mantener con objetivos operacionales que le permiten a la gerencia reflejar alternativas de elecciones de la estructura, consideraciones y desempeño.	
	C	Competente: Para reflejar elecciones de la administración la gerencia cuenta con objetivos operacionales que le permiten a la entidad a tomar decisiones sobre su estructura, desempeño.	
	D	Diestro: En la entidad la gerencia determina que existen objetivos operacionales más relevantes que permiten reflejar alternativas para tomar correctas elecciones en cuanto a su estructura, consideraciones y desempeño.	
	E	Experto: La gerencia de la entidad refleja se identifica todos los objetivos operacionales que permiten establecer elecciones en la administración de la estructura, consideraciones y desempeño total.	

Fuente: elaboración propia

3.6.1.4.1.3. Objetivo tres

- Establecer la incidencia de la correlación entre las variables de la regularización interna de los riesgos de los sistemas de control y su relación con la consecución de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

Datos

Los datos para el presente objetivo son el plan estratégico del Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro y el análisis de los Objetivos estratégicos.

Fuentes de información

Primarias

Dentro de esta fuente se encuentra los cuestionarios para la respectiva aplicación de entrevista a los Administradores de las 3 entidades de Asistencia social de salud, que permitan conocer cómo se maneja la gestión del control interno, administración de riesgos y la atención médica y con el fin de completar los datos y conocer la profundidad de todo lo relacionado con el problema de investigación.

Además, se recopiló la información en el Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro, con la aplicación de encuestas que servirán para recabar información brindada por los pacientes que son atendidos en las diferentes especialidades.

Secundarios

Stake (2018) son datos recogidos y ya elaborados que existen previamente y son de utilidad del investigador por lo que ha sido producido con diversos propósitos. Para su recolección se utilizan dos técnicas: cuantitativas como estadísticas, censos cálculos matemáticos y cualitativos, tales como actas, registros, informes, documentos.

En el presente proyecto de investigación la fuente secundaria es la información otorgada internamente por el Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Pillaro.

Para lo cual es necesario establecer la metodología siguiente, al describir que el tratamiento de la información se la realizará mediante una analítica de datos integral,

de tal manera que se pueda alcanzar un componente importante para establecer las conclusiones y recomendaciones en el proyecto de investigación.

Los resultados de la analítica de datos integral, serán sometidos a una evaluación rigurosa para verificar el cumplimiento del plan de desarrollo y las estrategias del Patronato Provincial de Tungurahua durante el periodo 2018-2020. Todo ello con la finalidad de visualizar un panorama claro de debilidades y las oportunidades de mejora dentro de la institución, para llegar a ser un referente dentro de la provincia.

Así también la aplicación de una encuesta dirigida a los usuarios de los servicios de las dos Instituciones de Asistencia Social de Salud, la misma permitirá visualizar la realidad de la satisfacción de los pacientes.

Para establecer la metodología es necesario destacar que se considera el cumplimiento de cada uno de los objetivos para ello se realiza el detalle siguiente:

Para establecer la metodología es necesario destacar que se considera el cumplimiento de cada uno de los objetivos para ello se realiza el detalle en la tabla 4:

Tabla 4: Cumplimiento de cada uno de los objetivos

Objetivos estratégicos	Cumplimiento en %
<p>1.- Brindar servicios médicos de calidad en las especialidades que cuenta el Patronato Provincial de Tungurahua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de encuesta, referente a las nueve especialidades: ▪ Medicina general. ▪ Odontología. ▪ Laboratorio clínico. ▪ Imagenología. ▪ Ginecología. ▪ Medicina interna. ▪ Psicología. ▪ Traumatología. ▪ Fisioterapia. ▪ Datos estadísticos de pacientes atendidos.

Continúa en la siguiente página

Tabla 4: Cumplimiento de cada uno de los objetivos (Continuación)

Objetivos estratégicos	Cumplimiento en %
<p>2.- Atender con eficiencia, calidez y responsabilidad a todos los pacientes que se acerquen a nuestra institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta, análisis de los procesos operativos como: ▪ Contestar llamadas ▪ Agendamiento de citas ▪ Seguimiento a los pacientes ▪ Cobros de los valores de las consultas médicas. ▪ Despacho de medicamentos ▪ Infraestructura ▪ Identificación de riesgos que se generan en cada proceso
<p>3.- Priorizar ayuda a los sectores más vulnerables de la población de la provincia de Tungurahua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditar el cumplimiento de factores de priorización, que dispone el Patronato provincial.
<p>4.- Planificar la cobertura de medicina y atención gratuita en sectores rurales de la provincia de Tungurahua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Base datos de las atenciones móviles ejecutadas en los periodos 2018- 2020, donde se realizará una previsión de adquisición de los medicamentos mediante un análisis predictivo en Power BI, mediante un componente estadístico de R, para visualizar los resultados.

Fuente: elaboración propia

Tabla 5: Procedimiento de recolección de información

TÉCNICAS	PROCEDIMIENTO
OBSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo? Método Inductivo- Deductivo. ▪ ¿Dónde? Patronato Provincial de Tungurahua. ▪ ¿Cuándo? Segunda semana de agosto 2020.
ENCUESTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Para qué? Para alcanzar los objetivos de la investigación. ▪ ¿Dónde? En el Patronato Provincial de Tungurahua. ▪ ¿Cuándo? Dentro de la segunda tercera semana del mes de febrero del año 2020, dentro de la jornada laboral. ▪ ¿Sobre qué aspectos? Sobre la gestión del control interno y el cumplimiento de los objetivos estratégicos. ▪ ¿Qué técnicas de recolección? La encuesta. ▪ ¿Con que? A través de un cuestionario.

Fuente: elaboración propia

3.7. Procesamiento y análisis

3.7.1. Plan de procesamiento de información

- **Revisión crítica de la información recogida.** Es decir, efectuar un análisis total y una depuración de información que no está acorde es decir imperfecta: incorrecta, incompleta, irrelevante, etc.
- **Repetición de la recolección.** En ciertos casos puntuales que amerite, para corregir fallas de contestación.
- **Tabla o cuadros según variables de cada hipótesis.** manejo de información, estudio estadístico de datos para presentación de resultados. Se detalla un ejemplo de la tabla a ser empleada para la cuantificación de los resultados obtenidos con los instrumentos de recolección de información primaria (de campo). Como se presenta en la tabla 6.

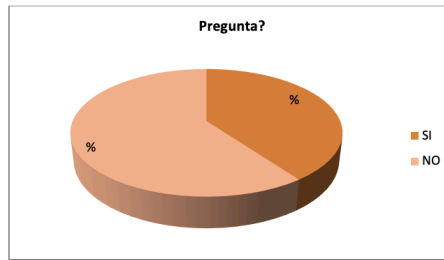
Tabla 6: Título de pregunta con una explicación

OPCIONES	CANTIDAD	FRECUENCIA
TOTAL		

Fuente: elaboración propia

- Representaciones gráficas: Ejemplo de figura a ser utilizada para la presentación visual porcentual de los resultados cuantificados en la tabla anterior. Como se puede visualizar en la figura 9,

Figura 9: Representaciones gráficas



Fuente: elaboración propia

3.7.2. Plan de análisis e interpretación de resultados

- **Análisis de los resultados estadísticos.** Recalcando tendencias o relaciones fundamentales en base con los objetivos e hipótesis (lectura de datos). Por medio de un análisis de los datos estadísticos referentes al número de especialidades que posee el Patronato Provincial de Tungurahua, el volumen de pacientes atendidos durante el período 2018-2020.
- **Interpretación de los resultados.** Con apoyo del marco teórico, en el aspecto que amerite.
- **Comprobación de la Hipótesis.** En la comprobación de la hipótesis *H1* planteada se utiliza el modelo de regresión lineal simple y el modelo estadístico de *Shapiro Wilk*.
- **Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.** Explicación del procedimiento de obtención de las conclusiones y recomendaciones. Las conclusiones proceden de la ejecución y cumplimiento de los objetivos específicos de la investigación. Las recomendaciones provienen de las conclusiones ya establecidas. Además, se pueden establecer más conclusiones y recomendaciones que sean propias de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Para el desarrollo de proyecto de investigación es necesaria la aplicación de la metodología descrita en el capítulo III, con la finalidad de diagnosticar la regularización interna de los riesgos, así como el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud las cuales son: el Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

4.1.1. Resultados del objetivo uno

Efectuar un diagnóstico de la realidad actual de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua, por medio de la aplicación de la herramienta de encuesta SERVQUAL (Service Quality), como una medida de la calidad del servicio para lograr la identificación del cumplimiento de los objetivos estratégicos.

4.1.1.1. Cumplimiento del objetivo

Como primera fase de dicho diagnóstico se presenta los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios de la sección Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro y el Patronato Provincial de Tungurahua. Los resultados de las encuestas se los presenta en manera de tabla, gráfico estadístico y su respectivo análisis e interpretación como se lo puede visualizar.

4.1.1.1.1. Resultados de la encuesta aplicada los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro

Los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, se presentan a continuación:

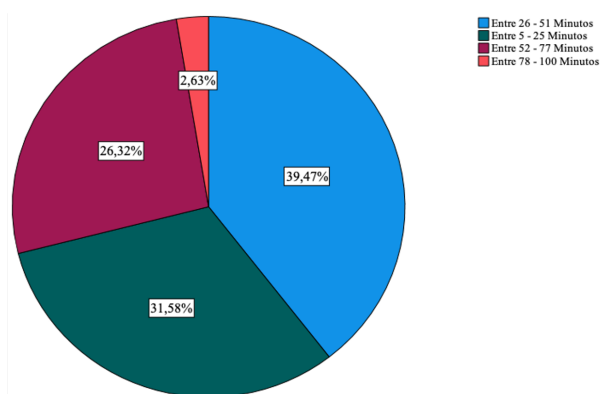
4.1.1.1.1.1. Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera

Tabla 7: Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
Entre 26 - 51 Minutos	15	39,5	39,5
Entre 5 - 25 Minutos	12	31,6	71,1
Entre 52 - 77 Minutos	10	26,3	97,4
Entre 78 - 100 Minutos	1	2,6	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 10: Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 7, se puede visualizar que dentro del tiempo de espera en la atención médica, del total de los encuestados 12 usuarios equivalentes al 31,6 % indican un tiempo entre 5 a 25 minutos, mientras que 15 usuarios que representan el 39,5 % establecen un rango de 26 a 51 minutos, 10 usuarios que representan el 26,3 % establecen un rango de 52 a 77 minutos y finalmente 1 persona correspondiente al 2,6 % han tenido una espera entre 78 a 100 minutos para ser atendidos.

El tiempo de espera es un factor preponderante en la satisfacción, por ello es necesario que se mantenga una estandarización correcta del mismo en relación a los procedimientos de atención médica que se brinda en cada una de las especialidades con el fin de que los pacientes sean atendidos en el tiempo preciso, pero en esta sección de Desarrollo Social, están en un rango de 26 a 51 minutos que se convierte en demasiado tiempo de espera por parte de los usuarios.

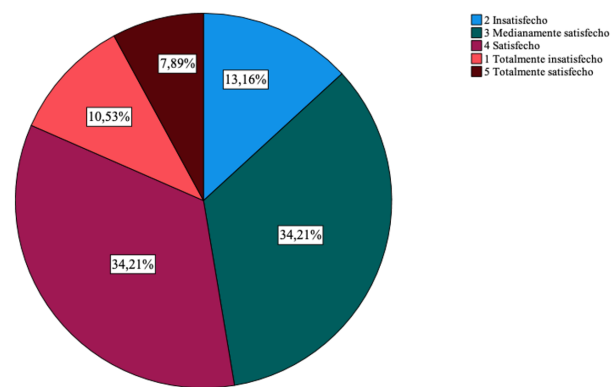
4.1.1.1.2. Indique su nivel de satisfacción al acudir a la Institución de asistencia social de salud. Considere que 1 es totalmente insatisfecho y totalmente satisfecho. Instalaciones físicas (equipamiento)

Tabla 8: Instalaciones físicas (equipamiento)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	5	13,2	13,2
3 Medianamente satisfecho	13	34,2	47,4
4 Satisfecho	13	34,2	81,6
1 Totalmente insatisfecho	4	10,5	92,1
5 Totalmente satisfecho	3	7,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 11: Instalaciones físicas (equipamiento)



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 8, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción al acudir a la Institución de asistencia social de salud, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2% indican que se sienten medianamente satisfechos de igual manera con el mismo porcentaje se sienten satisfechos, mientras que 5 usuarios que representan el 13,2% indican que se sienten insatisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5% indican que se sienten totalmente insatisfechos y finalmente 3 personas correspondientes al 7,9% se sienten totalmente satisfechos.

El nivel de satisfacción al acudir a la Institución de asistencia social de salud es importante considerar, es así que, la gran mayoría de usuarios se sienten medianamente satisfechos y satisfechos con respecto a la atención de los mismos en la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro.

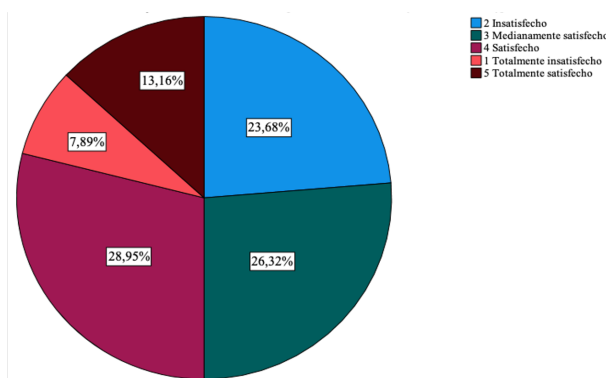
4.1.1.1.3. Instalaciones físicas (infraestructura)

Tabla 9: Instalaciones físicas (infraestructura)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	9	23,7	23,7
3 Medianamente satisfecho	10	26,3	50,0
4 Satisfecho	11	28,9	78,9
1 Totalmente insatisfecho	3	7,9	86,8
5 Totalmente satisfecho	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 12: Instalaciones físicas (infraestructura)



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 9, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción de las instalaciones físicas con respecto a la infraestructura, del total de los encuestados 11 usuarios equivalentes al 28,9 % indican que se sienten

satisfechos, mientras que 10 usuarios que representan el 26,3 % indican que se sienten medianamente satisfechos, 9 usuarios que representan el 23,7 % indican que se sienten insatisfechos, 5 usuarios que representan el 13,2 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 3 usuarios correspondientes al 7,9 % se sienten totalmente insatisfechos.

Con respecto al nivel de satisfacción acerca de las instalaciones físicas, la gran mayoría de usuarios se encuentran satisfechos de la de infraestructura que tiene la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro.

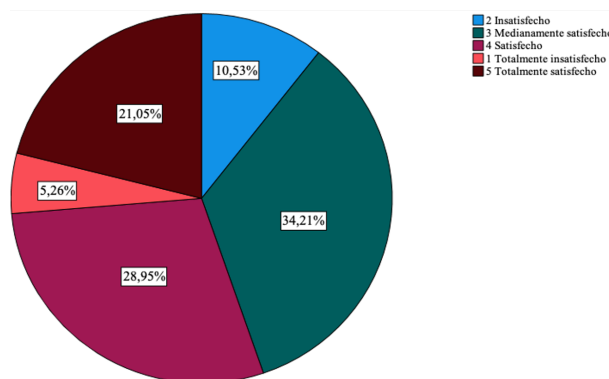
4.1.1.1.4. Presentación del personal

Tabla 10: Presentación del personal

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	13	34,2	44,7
4 Satisfecho	11	28,9	73,7
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	78,9
5 Totalmente satisfecho	8	21,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 13: Presentación del personal



Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 10, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la presentación del personal, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2% indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 11 usuarios que representan el 28,9% indican que se sienten satisfechos, 8 usuarios que representan el 21,1% indican que se sienten totalmente satisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5% indican que se sienten totalmente insatisfechos y finalmente 2 usuarios correspondientes al 5,3% se sienten totalmente insatisfechos.

Dentro de una Institución es indispensable considerar la presentación del personal, es así que al encuestar a los usuarios, indican que se sienten medianamente satisfechos.

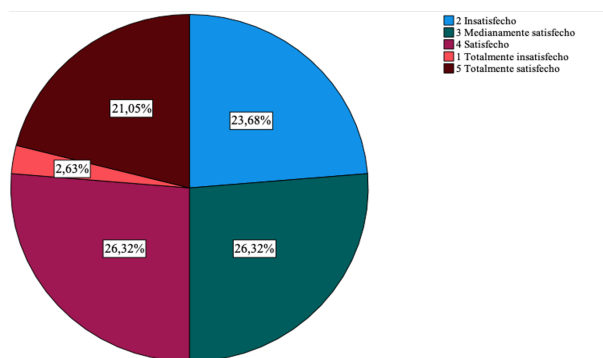
4.1.1.1.5. Limpieza

Tabla 11: Limpieza

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	9	23,7	23,7
3 Medianamente satisfecho	10	26,3	50,0
4 Satisfecho	10	26,3	76,3
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	78,9
5 Totalmente satisfecho	8	21,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 14: Limpieza



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 11, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la limpieza del mismo, del total de los encuestados 10 usuarios equivalentes al 26,3 % indican que se sienten medianamente satisfechos, de igual manera con el mismo porcentaje se sienten satisfechos, mientras que 9 usuarios que representan el 23,7 % indican que se sienten insatisfechos, 8 usuarios que representan el 21,1 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6 % se siente totalmente insatisfecho.

La limpieza de una Institución es totalmente importante, por este motivo es indispensable mejorar la misma en la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, debido a que, no todos los usuarios se sienten satisfechos de la limpieza que existe en la Institución, al mencionar que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos.

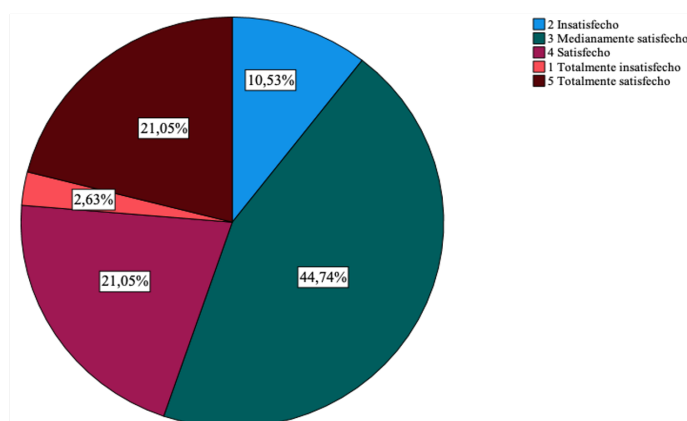
4.1.1.1.6. Señalética

Tabla 12: Señalética

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	17	44,7	55,3
4 Satisfecho	8	21,1	76,3
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	78,9
5 Totalmente satisfecho	8	21,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 15: Señalética



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 12, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la señalética que existe, del total de los encuestados 17 usuarios equivalentes al 44,7% indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 8 usuarios que representan el 21,1% indican que se sienten totalmente satisfechos, de igual manera con el mismo porcentaje se sienten satisfechos, 4 usuarios

que representan el 10,5 % indican que se sienten insatisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6 % se siente totalmente insatisfecho.

Dentro de una Institución, la señalética es totalmente importante debido a que puede prevenir accidentes o incluso salvar vidas, siempre y cuando se encuentren en lugares adecuados, pero dentro de esta Institución hay que mejorarla, es así que muchos usuarios se encuentran medianamente satisfechos con la ubicación, así como también la falta de la misma.

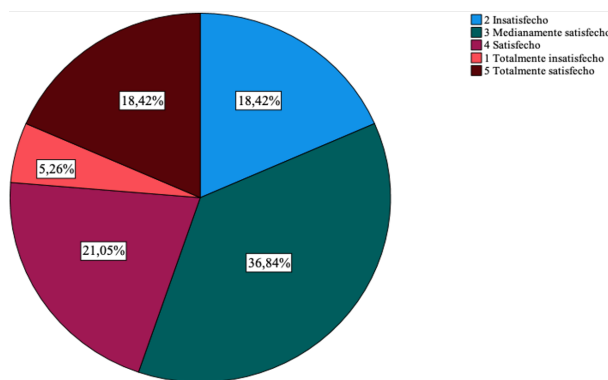
4.1.1.1.7. Comodidad de camillas, sillas

Tabla 13: Comodidad de camillas, sillas

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	7	18,4	18,4
3 Medianamente satisfecho	14	36,8	55,3
4 Satisfecho	8	21,1	76,3
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	81,6
5 Totalmente satisfecho	7	18,4	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 16: Comodidad de camillas, sillas



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 13, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la comodidad de las sillas o de las camillas, del total de los encuestados 14 usuarios equivalentes al 36,8 % indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 8 usuarios que representan el 21,1 % indican que se sienten satisfechos, 7 usuarios que representan el 18,4 % indican que se sienten totalmente satisfechos, de igual manera con el mismo porcentaje se sienten insatisfechos y finalmente 2 usuarios correspondiente al 5,3 % se sienten totalmente insatisfechos.

Los usuarios deben estar satisfechos con la comodidad de las camillas o de las sillas que existen en la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, es así que la mayoría de usuarios se sienten medianamente satisfechos con las mismas.

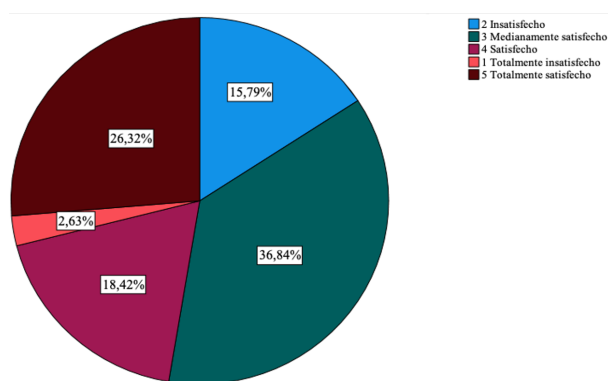
4.1.1.1.8. Protocolos de bioseguridad

Tabla 14: Protocolos de bioseguridad

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	6	15,8	15,8
3 Medianamente satisfecho	14	36,8	52,6
4 Satisfecho	7	18,4	71,1
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	73,7
5 Totalmente satisfecho	10	26,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 17: Protocolos de bioseguridad



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 14, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al protocolo de bioseguridad, del total de los encuestados 14 usuarios equivalentes al 36,8% indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 10 usuarios que representan el 26,3% indican que se sienten totalmente satisfechos, 7 usuarios que representan el 18,4% indican que se sienten satisfechos, 6 usuarios que representan el 15,8% indican que se sienten insatisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6% se siente totalmente insatisfecho.

En esta época es importante considerar en todas las Instituciones especialmente en las que se dedican de una u otra manera a la salud se debe considerar totalmente el protocolo de bioseguridad, es así que los usuarios mencionan que se sienten medianamente satisfechos con dichas medidas.

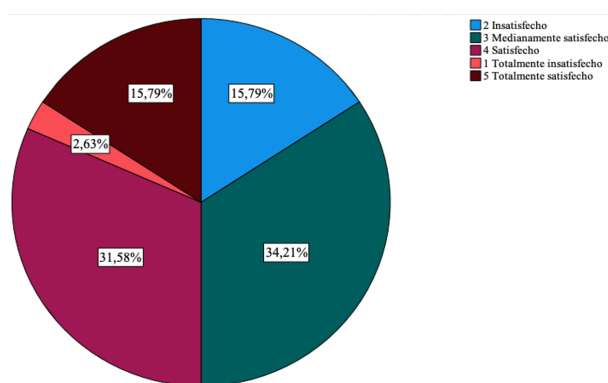
4.1.1.1.9. Tiempo de espera para la atención

Tabla 15: Tiempo de espera para la atención

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	6	15,8	15,8
3 Medianamente satisfecho	13	34,2	50,0
4 Satisfecho	12	31,6	81,6
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 18: Tiempo de espera para la atención



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 15, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al tiempo de espera para la atención, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2% indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 12 usuarios que representan el 31,6% indican que se sienten satisfechos, 6 usuarios que representan el 15,8% indican que se sienten totalmente satisfechos, de igual manera con el mismo porcentaje se sienten insatisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6% se siente totalmente insatisfecho.

El tiempo de espera para la atención es muy importante considerar, es así que la gran mayoría de usuarios indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos.

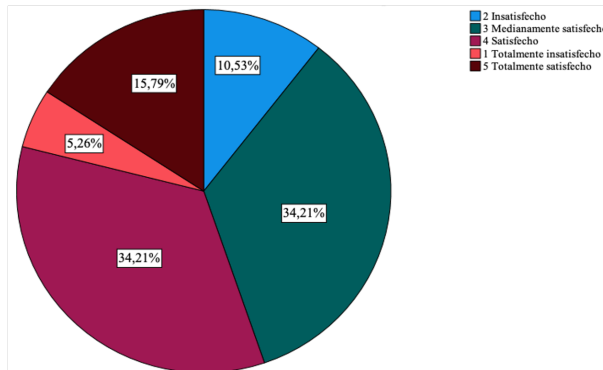
4.1.1.1.10. Cumplimiento en los Horarios

Tabla 16: Cumplimiento en los Horarios

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	13	34,2	44,7
4 Satisfecho	13	34,2	78,9
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 19: Cumplimiento en los Horarios



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 16, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al tiempo de espera para la atención, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2% indican que se sienten medianamente satisfechos, en el mismo porcentaje se sienten satisfechos, mientras que 6 usuarios que representan el 15,8% indican que se sienten totalmente satisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5% indican que se sienten insatisfechos y finalmente 2 usuarios correspondiente al 5,3% se sienten totalmente insatisfechos.

El cumplimiento en los horarios se debe considerar de mucha importancia, por el respeto también al tiempo de los usuarios, es así que la mayoría de usuarios se sienten medianamente satisfechos y satisfechos con dicho cumplimiento.

4.1.1.1.11. Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento

Tabla 17: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6

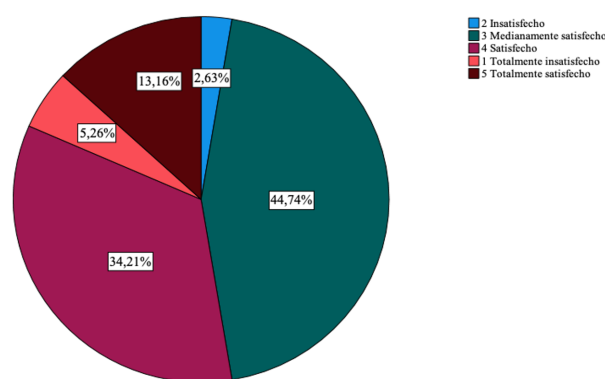
Continúa en la siguiente página

Tabla 17: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento (Continuación)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	17	44,7	47,4
4 Satisfecho	13	34,2	81,6
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	86,8
5 Totalmente satisfecho	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 20: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 17, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento, del total de los encuestados 17 usuarios equivalentes al 44,7 % indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 13 usuarios que representan el 34,2 % indican que se sienten satisfechos, 5 usuarios que representan el 13,2 % indican que se sienten totalmente satisfechos, 2 usuarios que representan el 5,3 % indican que se sienten totalmente insatisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6 % se siente insatisfecho.

Los requerimientos de los usuarios en distintos motivos son importantes considerarlos con el objetivo de dar solución a las diferentes necesidades, es así que varios usuarios indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos con dichas soluciones.

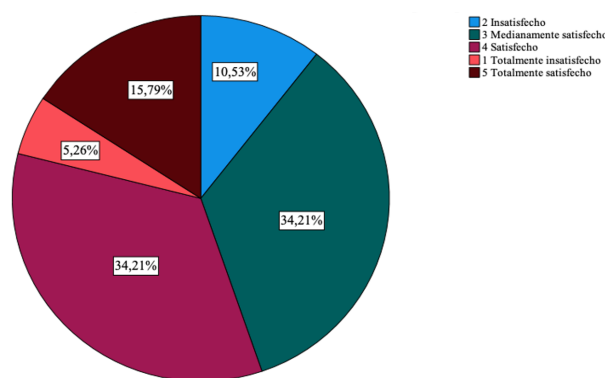
4.1.1.1.12. Confianza transmitida por los profesionales de la salud

Tabla 18: Confianza transmitida por los profesionales de la salud

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	13	34,2	44,7
4 Satisfecho	13	34,2	78,9
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 21: Confianza transmitida por los profesionales de la salud



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 18, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la confianza transmitida por los profesionales de la salud, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2 % indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos, mientras que 6 usuarios que representan el 15,8 % indican que se sienten totalmente satisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5 % indican que se sienten satisfechos y finalmente 2 usuarios que representan el 5,3 % indican que se sienten totalmente insatisfechos.

Con respecto a la confianza transmitida por los profesionales de la salud de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, los usuarios indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos.

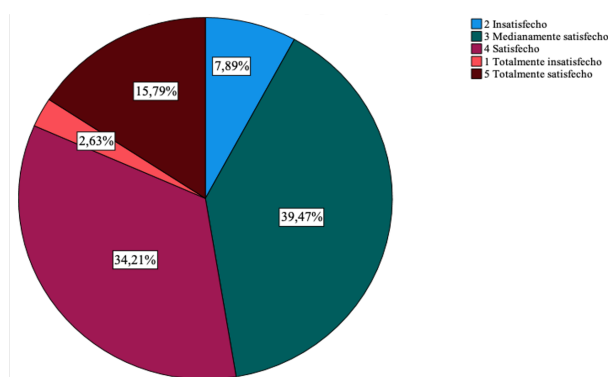
4.1.1.1.13. Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios

Tabla 19: Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	3	7,9	7,9
3 Medianamente satisfecho	15	39,5	47,4
4 Satisfecho	13	34,2	81,6
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 22: Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 19, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al equipo de bioseguridad usados por los funcionarios, del total de los encuestados 15 usuarios equivalentes al 39,5 % indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 13 usuarios que representan el 34,2 % indican que se sienten satisfechos, 6 usuarios que representan el 15,8 % indican que se sienten totalmente satisfechos, 3 usuarios que representan el 7,9 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 1 usuario que representan el 2,6 % indican que se sienten totalmente insatisfecho.

Las medidas de bioseguridad que deben tener son muy importantes, inclusive con el equipo a utilizar, por lo que los usuarios indican con respecto a esto se sienten medianamente satisfechos.

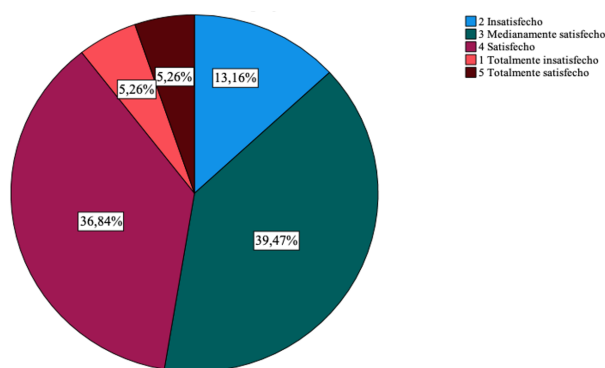
4.1.1.1.14. Disposición de empleados por resolver preguntas

Tabla 20: Disposición de empleados por resolver preguntas

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	5	13,2	13,2
3 Medianamente satisfecho	15	39,5	52,6
4 Satisfecho	14	36,8	89,5
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	94,7
5 Totalmente satisfecho	2	5,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 23: Disposición de empleados por resolver preguntas



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

En la tabla 20, dentro del factor de la disposición del empleador para solventar preguntas se visualiza que 15 usuarios equivalentes al 39,5 % están medianamente satisfechos, 14 con el 36,8 % están satisfechos, 4 que representan el 13,2 % insatisfechos, 2 equivalentes al 5,3 % totalmente satisfechos y 2 con el 5,3 % totalmente insatisfechos ya que no han sido solventadas las preguntas.

Todos los funcionarios de la institución deben mostrar su compromiso e interés institucional para responder a las preguntas que los usuarios realizan en el proceso para

la atención médica, de manera que puedan satisfacer sus necesidades e inquietudes, en esta investigación se visualiza que la mayoría de los usuarios están medianamente satisfechos, lo que significa que existen falencias en cuanto a una adecuada comunicación entre paciente y funcionarios.

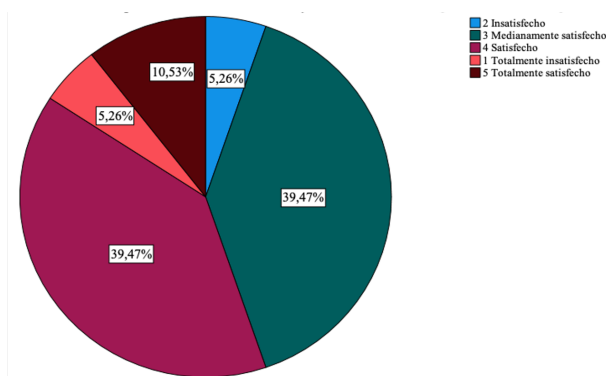
4.1.1.1.15. Sencillez de trámites

Tabla 21: Sencillez de trámites

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	2	5,3	5,3
3 Medianamente satisfecho	15	39,5	44,7
4 Satisfecho	15	39,5	84,2
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	89,5
5 Totalmente satisfecho	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 24: Sencillez de trámites



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 21, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la sencillez de trámites, del total de los encuestados

15 usuarios equivalentes al 39,5 % indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos, mientras que 4 usuarios que representan el 10,5 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 2 usuarios que representan el 5,3 % indican que se sienten totalmente insatisfecho de igual manera con el mismo porcentaje se sienten insatisfechos.

Los usuarios indican se sienten medianamente satisfechos y satisfechos por la sencillez que tienen los diferentes trámites en la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro.

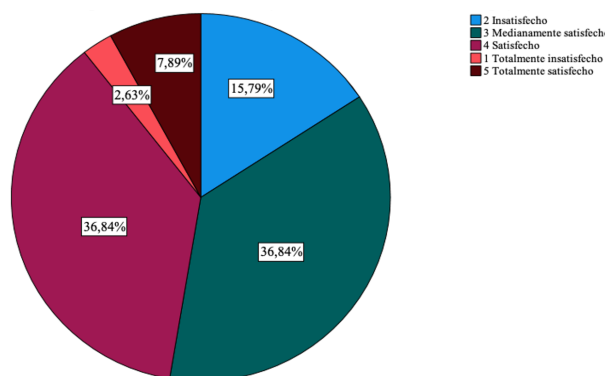
4.1.1.1.16. Solución de quejas y reclamos

Tabla 22: Solución de quejas y reclamos

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	6	15,8	15,8
3 Medianamente satisfecho	14	36,8	52,6
4 Satisfecho	14	36,8	89,5
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	92,1
5 Totalmente satisfecho	3	7,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 25: Solución de quejas y reclamos



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Píllaro, en la tabla 22, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la solución de quejas y reclamos, del total de los encuestados 14 usuarios equivalentes al 36,8 % indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos, mientras que 6 usuarios que representan el 15,8% indican que se sienten insatisfechos, 3 usuarios que representan el 7,9 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 1 usuario que representan el 2,6 % indican que se sienten totalmente insatisfecho.

Es importante dar solución a las diferentes quejas y reclamos que tengas los usuarios que asisten a la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Píllaro, es así que dichos usuarios indican que se sienten medianamente satisfechos y satisfechos.

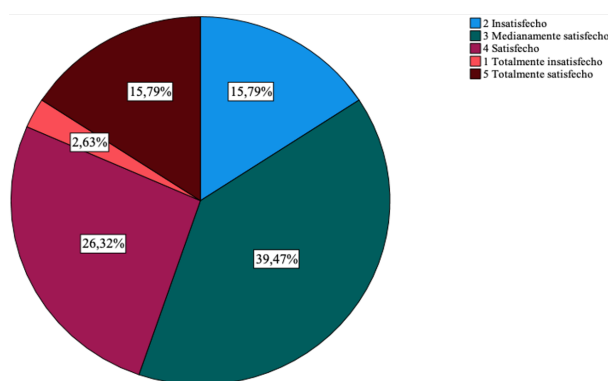
4.1.1.1.17. Medicamentos apropiados

Tabla 23: Medicamentos apropiados

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	6	15,8	15,8
3 Medianamente satisfecho	15	39,5	55,3
4 Satisfecho	10	26,3	81,6
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 26: Medicamentos apropiados



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 23, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a los medicamentos apropiados, del total de los encuestados 15 usuarios equivalentes al 39,5 % indican que se sienten medianamente satisfechos, mientras que 10 usuarios que representan el 26,3 % indican que se sienten satisfechos, 6 usuarios que representan el 15,8 % indican que se sienten totalmente satisfechos, de igual manera con el mismo porcentaje se sienten insatisfechos y finalmente 1 usuario correspondiente al 2,6 % se siente totalmente insatisfecho.

El nivel de satisfacción con respecto a los medicamentos apropiados, los usuarios se sienten medianamente satisfechos al momento en que les entregan las recetas para adquirir los medicamentos necesitados.

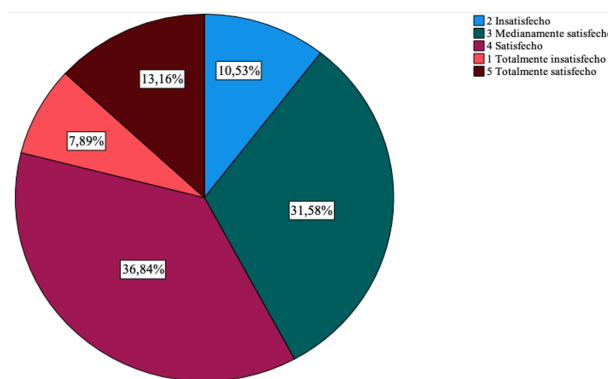
4.1.1.1.18. Capacidad de profesionales

Tabla 24: Capacidad de profesionales

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	12	31,6	42,1
4 Satisfecho	14	36,8	78,9
1 Totalmente insatisfecho	3	7,9	86,8
5 Totalmente satisfecho	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 27: Capacidad de profesionales



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 24, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a la capacidad de profesionales, del total de los encuestados 14 usuarios equivalentes al 36,8% indican que se sienten

satisfechos, mientras que 12 usuarios que representan el 31,6% indican que se sienten medianamente satisfechos, 5 usuarios que representan el 13,2% indican que se sienten totalmente satisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5% indican que se sienten insatisfechos y finalmente 3 usuarios correspondiente al 7,9% se sienten totalmente insatisfecho.

En la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro existen profesionales que atienden a los usuarios por lo que indican que se sienten satisfechos.

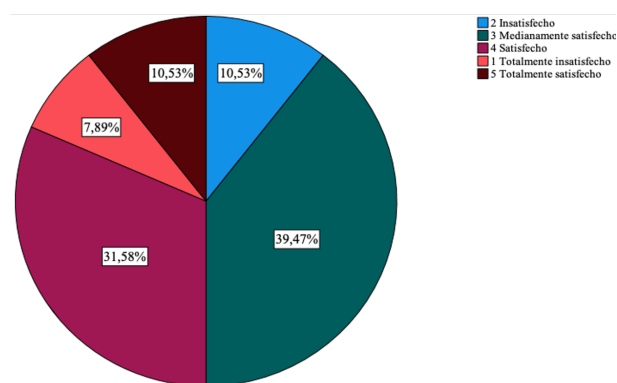
4.1.1.1.19. Explicaciones del personal de salud

Tabla 25: Explicaciones del personal de salud

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	4	10,5	10,5
3 Medianamente satisfecho	15	39,5	50,0
4 Satisfecho	12	31,6	81,6
1 Totalmente insatisfecho	3	7,9	89,5
5 Totalmente satisfecho	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 28: Explicaciones del personal de salud



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

En las encuestas realizadas, en la tabla 25, se determina que 15 usuarios equivalentes al 39,5 % están medianamente satisfechos, 12 usuarios que representan el 31,6 % se sienten satisfechos, 4 con el 10,5 % totalmente satisfechos, así también 4 usuarios insatisfechos y 3 personas equivalentes al 7,9 % totalmente insatisfechos.

El personal de las diferentes áreas debe mostrar predisposición para brindar las explicaciones necesarias a los pacientes desde el momento que llega al centro de salud hasta la atención que reciba, por ello la Sección de Desarrollo Social cuenta con usuarios que muestran un nivel de satisfacción medio debido a que el personal no está solventando en su totalidad las inquietudes, ni explicaciones claras que sean de fácil comprensión.

4.1.1.1.20. Medidas de bioseguridad de los médicos

Tabla 26: Medidas bioseguridad de los médicos

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	8	21,1	21,1
3 Medianamente satisfecho	12	31,6	52,6

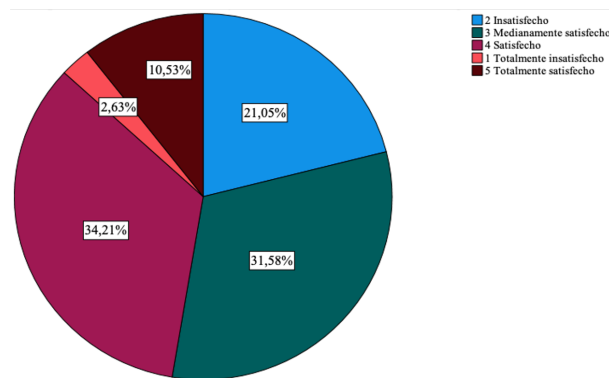
Continúa en la siguiente página

Tabla 26: Medidas bioseguridad de los médicos (Continuación)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
4 Satisfecho	13	34,2	86,8
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	89,5
5 Totalmente satisfecho	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 29: Medidas bioseguridad de los médicos



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 26, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto a las medidas de bioseguridad de los médicos, del total de los encuestados 13 usuarios equivalentes al 34,2 % indican que se sienten satisfechos, mientras que 12 usuarios que representan el 31,6 % indican que se sienten medianamente satisfechos, 8 usuarios que representan el 21,1 % indican que se sienten insatisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5 % indican que se sienten totalmente satisfechos y finalmente 1 usuario que representan el 2,6 % indican que se sienten totalmente insatisfecho.

Las medidas de bioseguridad que deben tener los médicos son demasiado importantes, es así, que los usuarios indican que se sienten satisfechos, pero si se debe mejorar en beneficio de todas las personas que asisten a la Sección de Desarrollo Social.

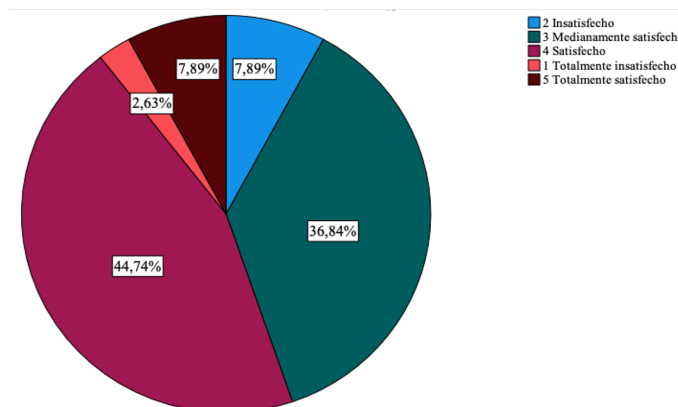
4.1.1.1.21. Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)

Tabla 27: Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	3	7,9	7,9
3 Medianamente satisfecho	14	36,8	44,7
4 Satisfecho	17	44,7	89,5
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	92,1
5 Totalmente satisfecho	3	7,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 30: Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 27, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al trato del equipo de salud, del total de los encuestados 17 usuarios equivalentes al 44,7% indican que se sienten satisfechos, mientras que 14 usuarios que representan el 36,8% indican que se sienten medianamente satisfechos, 3 usuarios que representan el 7,9% indican que se sienten insatisfechos, con el mismo porcentaje se sienten totalmente satisfechos y finalmente 1 usuario que representan el 2,6% indican que se sienten totalmente insatisfecho.

El trato del equipo de salud como dentro de auxiliares, enfermería y médicos, debe ser minucioso, es así que los usuarios consideran que se sienten satisfechos, pero si se debe mejorar.

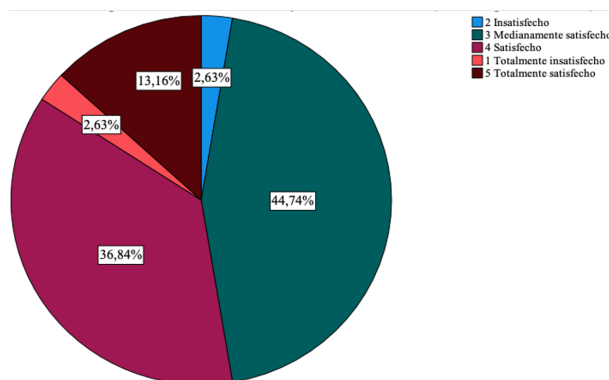
4.1.1.1.22. Trato del personal médico

Tabla 28: Trato del personal médico

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	17	44,7	47,4
4 Satisfecho	14	36,8	84,2
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	86,8
5 Totalmente satisfecho	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 31: Trato del personal médico



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 28, se puede visualizar que dentro del nivel de satisfacción con respecto al trato del personal médico, del total de los encuestados 17 usuarios equivalentes al 44,7% indican que se sienten

satisfechos, mientras que 14 usuarios que representan el 36,8 % indican que se sienten medianamente satisfechos, 5 usuarios que representan el 13,2 % indican que se sienten totalmente satisfechos, 1 usuario que representan el 2,6% indican que se sienten totalmente insatisfecho y finalmente con el mismo porcentaje se sienten insatisfechos.

El trato del personal médico, debe ser con todo el respeto y adecuado, es así que los usuarios consideran que se sienten medianamente satisfechos.

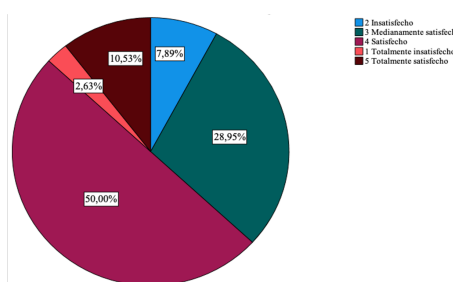
4.1.1.1.23. Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario

Tabla 29: Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	3	7,9	7,9
3 Medianamente satisfecho	11	28,9	36,8
4 Satisfecho	19	50,0	86,8
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	89,5
5 Totalmente satisfecho	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Figura 32: Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario



Fuente: encuesta a los usuarios de la SGADM Santiago de Pillaro (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de la Sección de Desarrollo Social del Municipio de Santiago de Pillaro, en la tabla 29, se puede visualizar que dentro del

nivel de satisfacción con respecto a la comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario, del total de los encuestados 19 usuarios equivalentes al 50,0% indican que se sienten satisfechos, mientras que 11 usuarios que representan el 28,9% indican que se sienten medianamente satisfechos, 4 usuarios que representan el 10,5% indican que se sienten totalmente satisfechos, 3 usuarios que representan el 7,9% indican que se sienten insatisfechos y finalmente 1 usuario que representan el 2,6% indican que se sienten totalmente insatisfechos.

La satisfacción con respecto a la comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario mencionan que se sienten satisfechos.

4.1.1.1.2. Resultados de la encuesta aplicada los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua

Los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua, se presentan a continuación:

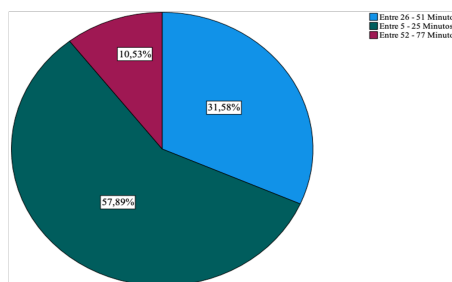
4.1.1.1.2.1. Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera

Tabla 30: Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
Entre 26 - 51 Minutos	12	31,6	31,6
Entre 5 - 25 Minutos	22	57,9	89,5
Entre 52 - 77 Minutos	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 33: Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas realizadas a los usuarios de los servicios de salud del Patronato Provincial de Tungurahua, en la tabla ??, se puede visualizar que dentro de la dimensión de fiabilidad en relación al tiempo de espera del total de los encuestados 22 usuarios equivalentes al 57,89 % indican un tiempo entre 5 a 25 minutos , mientras que 12 usuarios que representan el 31,58 establecen un rango de 26 a 51 minutos y finalmente 4 personas correspondientes al 10,5 % han tenido una espera entre 51 a 77 minutos para ser atendidos.

El tiempo de espera es un factor preponderante en la satisfacción , por ello es necesario que se mantenga una estandarización correcta del mismo en relación a los procedimientos de atención médica que se brinda en cada una de las especialidades con el fin de que los pacientes sean atendidos en el tiempo preciso, lo cual se evidencia que la mayoría de resultados obtenidos indican un rango de 5 a 25 minutos que se convierte en un tiempo considerable de espera, lo que evita incomodidades por parte de los usuarios.

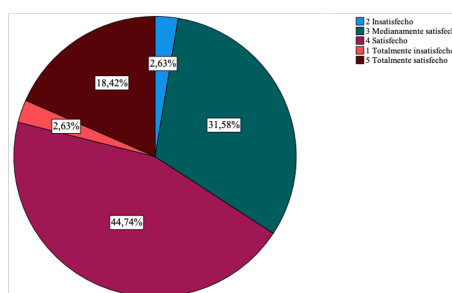
4.1.1.1.2.2. Indique su nivel de satisfacción al acudir a la institución de asistencia social de salud . Considere que 1 es totalmente insatisfecho y totalmente satisfecho. Instalaciones físicas (equipamiento).

Tabla 31: Instalaciones físicas (equipamiento)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	12	31,6	34,2
4 Satisfecho	17	44,7	78,9
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	81,6
5 Totalmente satisfecho	7	18,4	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 34: Instalaciones físicas



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De acuerdo a los resultados de la encuesta, se puede visualizar en la tabla 31, que dentro de la dimensión de tangibilidad en el aspecto del equipamiento con el que cuenta el Patronato Provincial de Tungurahua, se evidencia que 7 usuarios que corresponden al 18,4% tienen un nivel de satisfacción alto, seguido de 17 personas que representan el 44,7%, califican satisfactoriamente, mientras que 12 encuestados con el 31,58% están medianamente satisfechos con el equipamiento que existe en las diferentes áreas, 1 persona que equivale al 2,6% está insatisfecha, finalmente 1 persona con el 2,6% está totalmente insatisfecha.

Es importante recalcar que las instalaciones físicas y dentro de ellas el equipamiento es necesario que cuente con todas las especificaciones técnicas para prestar servicios

de calidad, lo que se puede evidenciar que en el Patronato Provincial de Tungurahua si cumple con este requerimiento por lo que el 76,3 % de los usuarios tienen un nivel de satisfacción considerable lo que significa que la institución si está cumpliendo con los objetivos estratégicos planteados.

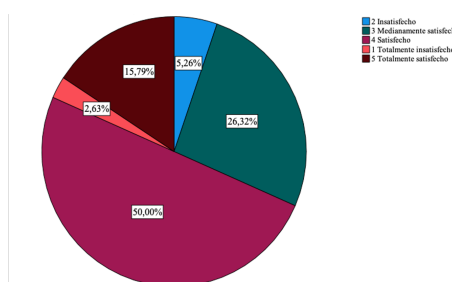
4.1.1.1.2.3. Instalaciones físicas (infraestructura)

Tabla 32: Instalaciones físicas (infraestructura)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	2	5,3	5,3
3 Medianamente satisfecho	10	26,3	31,6
4 Satisfecho	19	50,0	81,6
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 35: Instalaciones físicas (infraestructura)



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En la tabla 32, se puede visualizar que en los resultados obtenidos en el ámbito de las instalaciones físicas que posee la institución de salud, específicamente en lo referente a la infraestructura 6 usuarios que representan el 15,8 % están totalmente satisfechos, mientras que 19 personas igual al 50 % tienen un nivel satisfactorio, así también 10 de

los usuarios que comprenden el 26,32 % están medianamente satisfechos, 2 personas equivalentes al 5,3 % se califican como insatisfechos, finalmente 1 encuestado igual 2,6 % posee un nivel de insatisfacción total con la infraestructura.

Es así que se determina que la infraestructura de la institución de salud si cumple con los parámetros establecidos por los entes de control y las necesidades de los pacientes que acuden a recibir el servicio médico, lo que refleja en cifras numéricas que el 76,32 % de la totalidad de la muestra tomada son un referente clave para determinar que el nivel de calidad de las instalaciones físicas es satisfactorio.

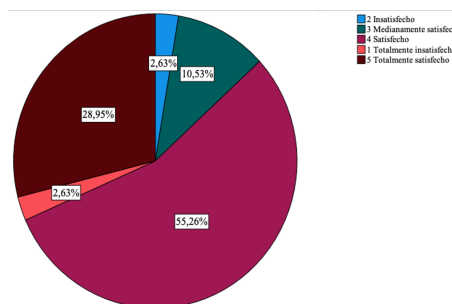
4.1.1.1.2.4. Presentación del personal

Tabla 33: Presentación del personal

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	21	55,3	68,4
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	71,1
5 Totalmente satisfecho	11	28,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 36: Presentación del personal



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De los resultados obtenidos, en la tabla 33, se determina que el aspecto referente a la presentación del personal de salud, administrativo, y demás funcionarios del Patronato Provincial de Tungurahua, presenta los siguientes resultados: 11 usuarios (28,95 %), están totalmente satisfechos, 21 (55,26 %) se consideran satisfechos, mientras que 4 (10,53 %) mencionan un nivel de satisfacción medio, 1 (2,63 %) insatisfecho 1 (2,63 %) totalmente insatisfecho.

El uso del uniforme de cada institución permite identificar al personal de salud, administrativo, de servicio, para proyectar una imagen de orden; lo que fortalece la identidad institucional. Es importante seguir los lineamientos administrativos para el uso correcto de los uniformes en las diferentes áreas que realizan su trabajo ya sea en consulta externa, comunitaria, hospitalaria. Todo ello con el fin de transmitir una mejor apreciación del usuario, además de prevenir la transmisión y contaminación de agentes infecciosos. De tal manera el Patronato Provincial de Tungurahua refleja con un 84,21 % el cumplimiento de la presentación de todos los funcionarios.

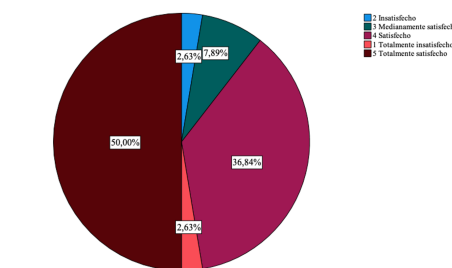
4.1.1.1.2.5. Limpieza

Tabla 34: Limpieza

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	3	7,9	10,5
4 Satisfecho	14	36,8	47,4
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	50,0
5 Totalmente satisfecho	19	50,0	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 37: Limpieza



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De las encuestas realizadas, en la tabla 34, se puede visualizar que se evidencia que en el factor limpieza, 19 usuarios equivalente al 50 % demuestran un total nivel de satisfacción, además 14 encuestados (36,84 %) están satisfechos , 3 (7,9 %) reflejan una satisfacción media, mientras que 1 usuario (2,63 %) demuestra insatisfacción y 1 (2,63 %) refleja una insatisfacción total.

La limpieza de las instituciones de salud y sus instalaciones se convierte en el tipo de limpieza más compleja ya que requiere de un trabajo íntegro y profundo para evitar riesgos de contaminación. Es así, que el Patronato Provincial de Tungurahua demuestra que sí aplica técnicas de limpieza y uso de productos que garanticen una higienización total, ya que el 86,84 % de usuarios establecieron un nivel de satisfacción favorable, porque cada zona cuenta los propios materiales e instrumentos de limpieza asignados para cada área.

4.1.1.1.2.6. Señalética

Tabla 35: Señalética

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	3	7,9	10,5

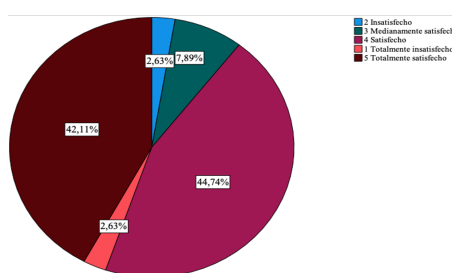
Continúa en la siguiente página

Tabla 35: Señalética (Continuación)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
4 Satisfecho	17	44,7	55,3
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	57,9
5 Totalmente satisfecho	16	42,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 38: Señalética



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En la tabla 35, se puede visualizar que en el reactivo de la señalética, 16 de los usuarios de la institución con el 42,11 %, están totalmente satisfechos, 17 (44,74 %) están satisfechos, 3 (7,89 %) medianamente satisfechos, mientras que 1 (2,63 %) insatisfechos, finalmente 1 usuario (2,63 %) menciona estar totalmente insatisfecho.

En el ámbito hospitalario la señalética es un sistema de comunicación visual que por medio de señales o símbolos permite guiar, orientar a los usuarios para una mayor accesibilidad a los servicios de salud, y evitar estancamientos y aglomeraciones, por ello el Patronato Provincial de Tungurahua, de acuerdo a los resultados obtenidos del 86,85 %, refleja que si cuenta con una señalética adecuada lo que impulsa al incremento de la eficacia y eficiencia del servicio prestado.

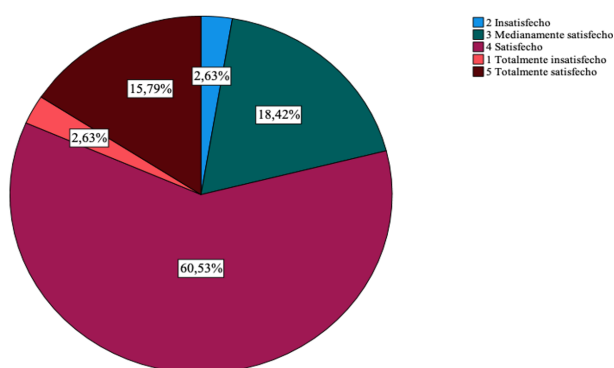
4.1.1.1.2.7. Comodidad de camillas, sillas

Tabla 36: Comodidad de camillas, sillas

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	7	18,4	21,1
4 Satisfecho	23	60,5	81,6
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	84,2
5 Totalmente satisfecho	6	15,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 39: Comodidad de camillas, sillas



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De las encuestas planteadas en la tabla 36, se obtiene los resultados referentes al nivel de satisfacción en la comodidad de camillas, sillas existentes dentro del Patronato Provincial de Tungurahua, que indican que 6 usuarios equivalente al 15,8 % están totalmente satisfechos, 23 que representan el 60,5 % se encuentran satisfechos, 7 correspondientes al 18,4 % un nivel medio de satisfacción, 1 con el 2,6 % insatisfecho y el último de los usuarios muestra una insatisfacción total, en cuanto a la comodidad.

La comodidad del paciente es un factor determinante que permite elevar el nivel de satisfacción con los servicios prestados, la misma que evidentemente está presente

desde el primer momento en que el paciente llega a la institución hasta la atención, con mobiliarios en buenas condiciones para la estadía y la realización de los procedimientos médicos.

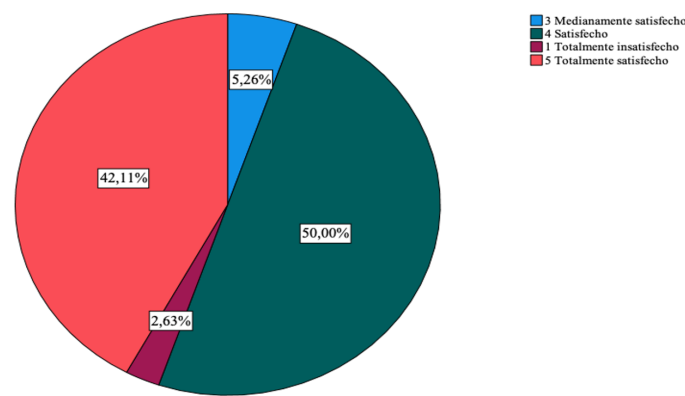
4.1.1.1.2.8. Protocolos de bioseguridad

Tabla 37: Protocolos de bioseguridad

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	2	5,3	5,3
4 Satisfecho	19	50,0	55,3
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	57,9
5 Totalmente satisfecho	16	42,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 40: Protocolos de bioseguridad



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

Actualmente la bioseguridad detallados en la tabla 37, cobra relevancia en el ámbito de la salud, por ello es importante analizar dicho aspecto en relación a las opiniones de los usuarios lo que refleja que 16 (42,1 %) se muestran totalmente satisfechos, mientras que la mayoría que son 19 personas (50 %) están satisfechos, 2 (5,3 %) se muestran

medianamente satisfechos, 1 (2,6 %) insatisfecho y 1 (2,6 %) totalmente insatisfecho con los protocolos de bioseguridad.

Es importante acatar las medidas preventivas para controlar los factores de riesgos laborales que provienen de agentes químicos, biológicos, físicos, y así salvaguardar la salud, integridad y seguridad de los funcionarios, pacientes y del medio ambiente en el que se rodean. En conclusión, el 50 % de los encuestados están satisfechos con los procesos que se llevan a cabo en el Patronato Provincial de Tungurahua, y las normas para el cumplimiento de los estándares de bioseguridad

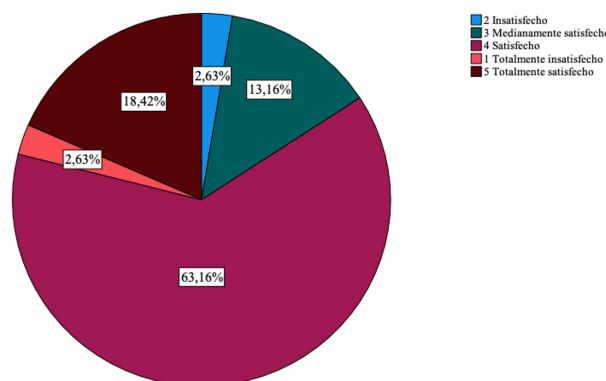
4.1.1.1.2.9. Tiempo de espera para la atención

Tabla 38: Tiempo de espera para la atención

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	5	13,2	15,8
4 Satisfecho	24	63,2	78,9
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	81,6
5 Totalmente satisfecho	7	18,4	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 41: Tiempo de espera para la atención



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En las encuestas realizadas se puede evidenciar en la tabla 38, que en el tiempo de espera 7 usuarios que corresponden al 18,4% se muestran totalmente satisfechos, 24 equivalentes al 63,2% están satisfechos, mientras que 5 de los usuarios con el 13,2% demuestran un nivel medio de satisfacción, así también se muestran respuestas negativas de 2 paciente que equivalen al 2,6% cada uno, de insatisfecho y totalmente insatisfecho respectivamente.

El tiempo de espera en los servicios médicos es primordial para la atención integral de salud del paciente, dependiendo del área es decir tanto en consulta externa o emergencia, ya que los dos lugares atienden a pacientes con prioridades diferentes, en este caso en el Patronato Provincial de Tungurahua la atención se basa netamente con el agendamiento de citas, por lo que el tiempo de espera es satisfactorio, sin embargo por diferentes circunstancias y en casos excepcionales los profesionales de la salud extienden en el tiempo de consulta y genera ciertos retrasos para la atención del siguiente paciente.

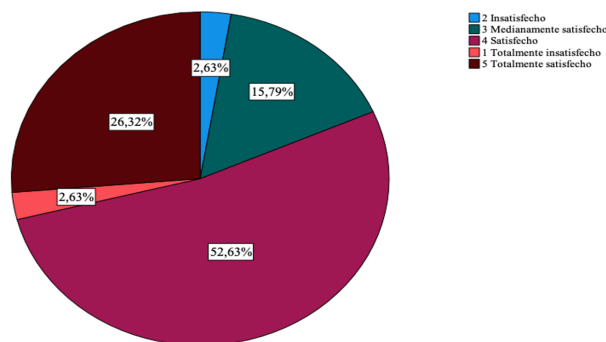
4.1.1.1.2.10. Cumplimiento en los Horarios

Tabla 39: Cumplimiento en los Horarios

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	6	15,8	18,4
4 Satisfecho	20	52,6	71,1
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	73,7
5 Totalmente satisfecho	10	26,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 42: Cumplimiento en los Horarios



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En el factor de cumplimiento detalladas en la tabla 39, respecto a los horarios se determina que de la totalidad de los encuestados 10 (26.3%), están totalmente satisfechos, 20(52,6%) mencionan estar satisfechos, 6 (15,8%) medianamente satisfechos, 1 (2,6%) insatisfecho , finalmente 1 usuario (2,6%) muestra una insatisfacción total.

El Patronato Provincial de Tungurahua, realiza las atenciones médicas previa cita por lo tanto el cumplimiento de los horarios es satisfactorio en su mayor porcentaje debido a que los pacientes acuden con anticipación a la consulta, y son atendidos a las horas ya establecidas.

4.1.1.1.2.11. Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento

Tabla 40: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	22	57,9	71,1

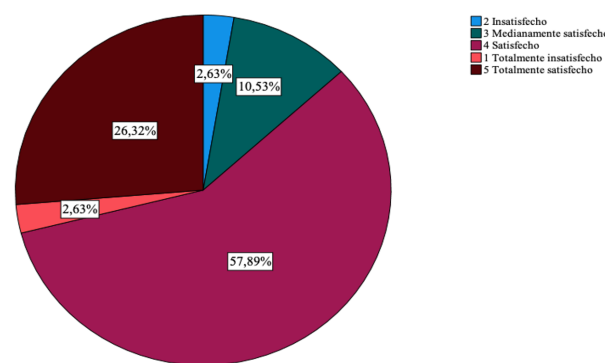
Continúa en la siguiente página

Tabla 40: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento (Continuación)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	73,7
5 Totalmente satisfecho	10	26,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 43: Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De las encuestas realizadas a los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua, se visualiza en la tabla 40, que 10 de ellos equivalentes al 26,3 % se muestran totalmente satisfechos con el interés de los funcionarios en solucionar sus requerimientos, mientras que 22 usuarios con el 57,9 % están satisfechos, 4 correspondientes al 10,5 % medianamente satisfechos, así también 1 correspondiente al 2,6 % está insatisfecho y de la misma forma 1 persona que representa únicamente el 2,6 % se muestra totalmente insatisfecho.

En el Patronato Provincial de Tungurahua, los profesionales de la salud y demás funcionarios tanto administrativos, de atención al cliente, de servicio, seguridad muestran una atención de calidad y calidez hacia los usuarios para solventar sus necesidades.

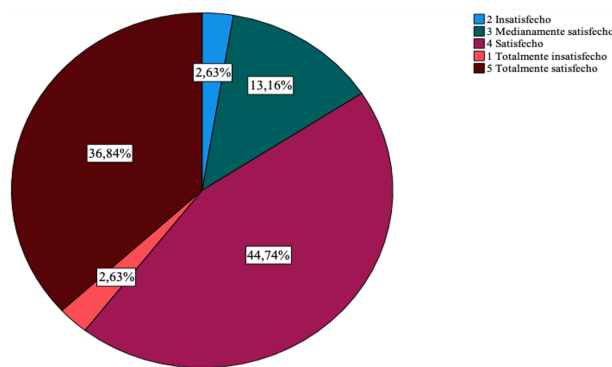
4.1.1.1.2.12. Confianza transmitida por los profesionales de la salud

Tabla 41: Confianza transmitida por los profesionales de la salud

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	5	13,2	15,8
4 Satisfecho	17	44,7	60,5
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	63,2
5 Totalmente satisfecho	14	36,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 44: Confianza transmitida por los profesionales de la salud



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En el factor de confianza transmitida por los profesionales de la salud, de acuerdo a las encuestas realizadas se evidencia en la tabla 41, que los resultados de 14 usuarios que representan el 36,8% están totalmente satisfechos, 17 equivalentes al 44,7% satisfechos, 5 con el 13,2% medianamente satisfechos, 1 que representa el 2,6% esta insatisfecho de la misma forma que 1 usuario está totalmente insatisfecho.

El nivel de confianza de los profesionales que brindan atención es satisfactorio y totalmente satisfactorio ya que brindan seguridad y desarrolla expectativas positivas para los usuarios y generar la relación médico-paciente.

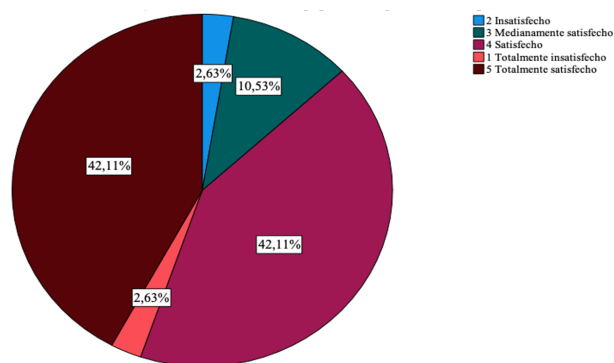
4.1.1.1.2.13. Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios

Tabla 42: Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	16	42,1	55,3
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	57,9
5 Totalmente satisfecho	16	42,1	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 45: Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De las encuestas realizadas se visualiza en la tabla 42, dentro del factor de equipos de bioseguridad utilizados por los funcionarios, 16 de los usuarios que equivalen al 42,1 % están totalmente satisfechos, de la misma forma 16 personas con el mismo porcentaje están satisfechos, así también, 4 que representan el 10,5 % se muestran medianamente

satisfechos, y finalmente 2 pacientes con el 5,2 % muestran respuestas negativas de insatisfacción.

Los protocolos de bioseguridad previamente establecidos es de cumplimiento obligatorio en las instituciones de salud ya que de esa manera se puede disminuir los riesgos físicos, químicos, biológicos, por lo tanto en el Patronato Provincial de Tungurahua los profesionales de la salud utilizan correctamente los equipos de bioseguridad, lo que genera una satisfacción positiva para los usuarios.

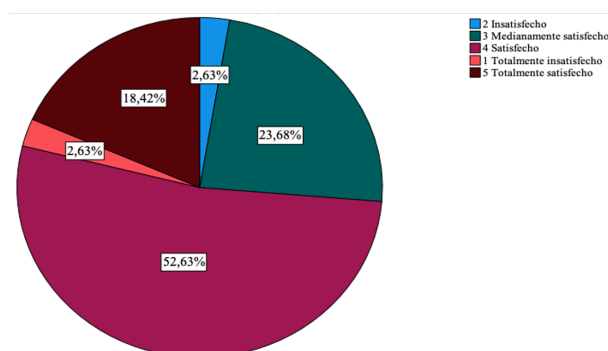
4.1.1.1.2.14. Disposición de empleados por resolver preguntas

Tabla 43: Disposición de empleados por resolver preguntas

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	9	23,7	26,3
4 Satisfecho	20	52,6	78,9
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	81,6
5 Totalmente satisfecho	7	18,4	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 46: Disposición de empleados por resolver preguntas



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En las encuestas realizadas se puede evidenciar en la tabla 43, que en la dimensión de capacidad de respuesta, 7 usuarios que representan el 18,4% están totalmente satisfechos con la disposición de los funcionarios para solventar sus preguntas, 20 personas equivalentes al 52,6% están satisfechos, 9 con el 23,7% muestran un nivel de satisfacción medio, mientras que 1 usuario equivalente al 2,6% está insatisfecho y finalmente el último encuestado responde estar totalmente insatisfecho.

La resolución de problemas de los usuarios es satisfactoria y medianamente satisfactoria ya que los funcionarios que laboran en la institución podrían estar o no familiarizados con los servicios que se brindan, para así solventar sus dudas.

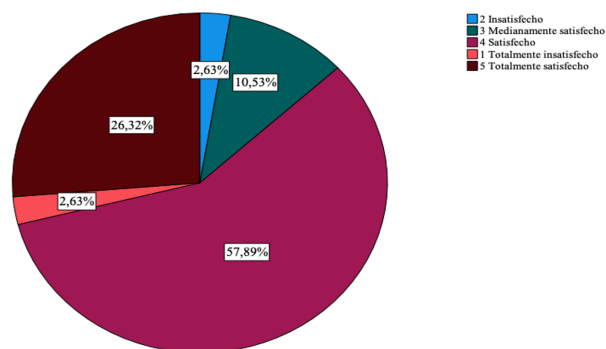
4.1.1.1.2.15. Sencillez de trámites

Tabla 44: Sencillez de trámites

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	22	57,9	71,1
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	73,7
5 Totalmente satisfecho	10	26,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 47: Sencillez de trámites



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En el factor de la sencillez en la tabla 44, sobre los trámites se evidencia que 10 usuarios equivalentes al 26,3 % están totalmente satisfechos, mientras que 22 usuarios en el 57,9 % están satisfechos, 4 equivalentes al 10,5 % demuestran encontrarse medianamente satisfechos, 1 de los usuarios con el 2,6 % esta insatisfecho, finalmente 1 usuario están totalmente insatisfecho.

Para alcanzar la sencillez de los trámites es necesario aplicar lo que estipula el Manual de Procesos para que rige las actividades a desarrollar en cada área y especialidad, para dar mayor agilidad a los trámites realizados pero los usuarios.

4.1.1.1.2.16. Solución de quejas y reclamos

Tabla 45: Solución de quejas y reclamos

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	17	44,7	57,9
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	60,5

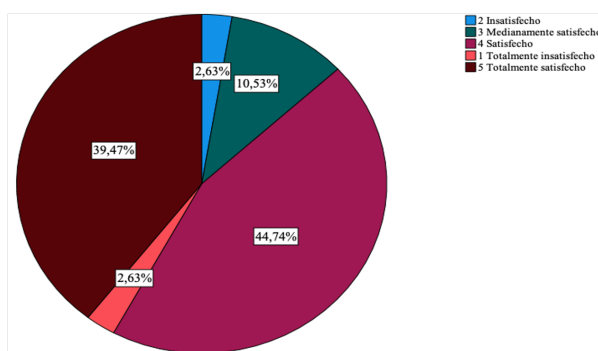
Continúa en la siguiente página

Tabla 45: Solución de quejas y reclamos (Continuación)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
5 Totalmente satisfecho	15	39,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 48: Solución de quejas y reclamos



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En las encuestas realizadas se visualiza en la tabla 45, que 15 usuarios que corresponden al 39,5 % están totalmente satisfechos, 17 personas equivalentes al 44,7 % se muestran satisfechos, mientras que 4 usuarios equivalente al 10,50 % están medianamente satisfechos, 1 usuario con el 2,6% insatisfecho y el último encuestado totalmente insatisfecho.

La solución de quejas y reclamos depende de la parte administrativa y gerencial con el fin de brindar cumplimiento a las inquietudes o quejas de los usuarios, a través del uso de canales que permitan solventar sus inquietudes, por ello el Patronato Provincial de Tungurahua muestra un nivel satisfactorio dentro de este aspecto.

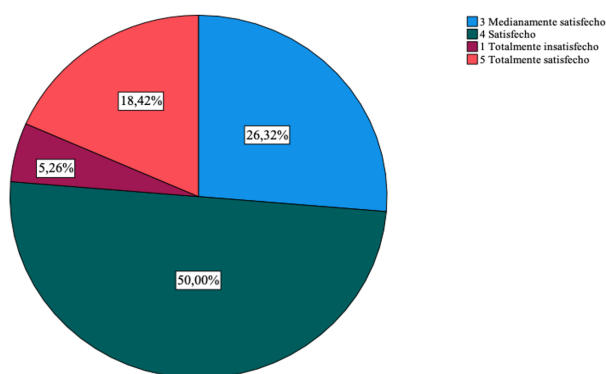
4.1.1.1.2.17. Medicamentos apropiados

Tabla 46: Medicamentos apropiados

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	10	26,3	26,3
4 Satisfecho	19	50,0	76,3
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	81,6
5 Totalmente satisfecho	7	18,4	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 49: Medicamentos apropiados



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

Dentro del aspecto de la satisfacción de los usuarios con los medicamentos apropiados, se visualiza en la tabla 46, que 7 (18,4%) están totalmente satisfechos, 19 (50%) satisfechos, 10 (26,3%) medianamente satisfechos y 2 (5,3%) totalmente insatisfechos con la medicación recetada.

Los medicamentos administrados por los diferentes profesionales de salud de cada una de las especialidades son diversos y variados de acuerdo a la patología, es así que el Patronato Provincial de Tungurahua está abastecido por medicamentos gratuitos para el usuario y en su gran mayoría son prescritos mediante una receta para su adquisición, es por ello que la mayoría de los pacientes están satisfechos ya que presentan mejoría en su patología.

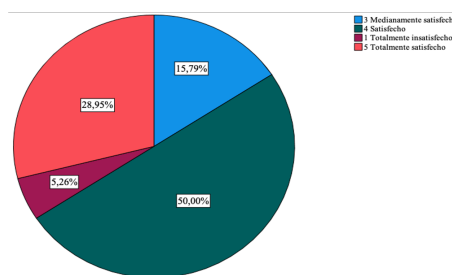
4.1.1.1.2.18. Capacidad de profesionales

Tabla 47: Capacidad de profesionales

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	6	15,8	15,8
4 Satisfecho	19	50,0	65,8
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	71,1
5 Totalmente satisfecho	11	28,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 50: Capacidad de profesionales



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En la encuesta en la tabla 47, realizada para medir el grado de satisfacción a cerca de la capacidad del personal de salud para la atención de los pacientes se determinó que 11 de los usuarios equivalente al 28,9 % se muestran totalmente satisfechos, 19 con el 50 % están satisfechos, 6 que representan el 15,8 % medianamente satisfechos, y 2 de los usuarios muestran una total insatisfacción con los profesionales.

El Patronato Provincial de Tungurahua brinda atención en las diferentes especialidades cuyos profesionales de la salud son especialistas altamente capacitados en su rama, es así que los usuarios muestran un alto nivel de satisfacción por los conocimientos y capacidades que demuestra cada profesional, lo que genera confianza y seguridad al momento de recibir su consulta médica.

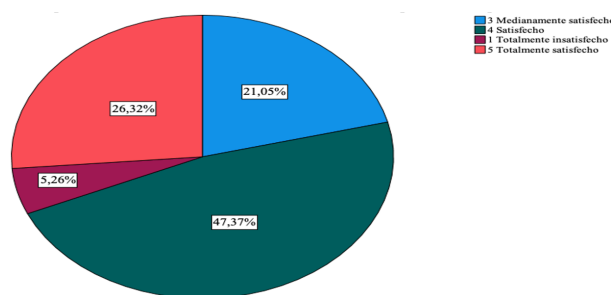
4.1.1.1.2.19. Explicaciones del personal de salud

Tabla 48: Explicaciones del personal de salud

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	8	21,1	21,1
4 Satisfecho	18	47,4	68,4
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	73,7
5 Totalmente satisfecho	10	26,3	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 51: Explicaciones del personal de salud



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

De las encuestas planteadas detalladas en la tabla 48, a los usuarios del Patronato Provincial de Tungurahua, se determina que 10 (26,3 %) están totalmente satisfechos con las explicaciones que da el personal de salud, 18 (47,4 %) se encuentran satisfechos, 8 (21,1 %) satisfechos, y 2 usuarios insatisfechos y totalmente insatisfechos ya que no han recibido explicaciones claras.

El personal de salud debe contar con todos los conocimientos para brindar su servicio a cada paciente, y además generar un vínculo que permita transmitir interés en cada caso clínico que se les presenta, además de la paciencia necesaria para dar las explicaciones que requiera. De tal manera, es evidente que el personal que forma parte de la institución

cuenta con todas las características mencionadas ya que el mayor porcentaje usuarios equivalente al 73,7 % muestra un alto nivel de satisfacción.

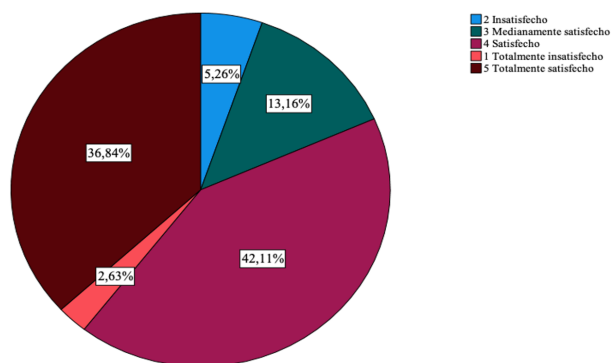
4.1.1.1.2.20. Medidas de bioseguridad de los médicos

Tabla 49: Medidas de bioseguridad de los médicos

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	2	5,3	5,3
3 Medianamente satisfecho	5	13,2	18,4
4 Satisfecho	16	42,1	60,5
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	63,2
5 Totalmente satisfecho	14	36,8	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 52: Medidas bioseguridad de los médicos



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En el aspecto de las medidas de bioseguridad en la tabla 49, de los médicos se determina que 14 usuarios (36,3 %) están totalmente satisfechos, 16 (42,1 %) satisfechos, 5 (13,2 %) medianamente satisfechos, 2 (5,3 % insatisfechos y 1 (2,6 %) totalmente insatisfecho, ya que percibe que el personal no cuenta con las medidas de bioseguridad necesarias.

Debido a los diferentes factores contaminantes a los que está expuesta el área de salud, el personal médico debe contar con todos los elementos de protección personal para cuidar su integridad y la del paciente así como los diferentes materiales e instrumentos que se requiere para la atención deben cumplir con las normas de esterilización y desinfección. Así, en el Patronato Provincial de Tungurahua los médicos cumplen con estas medidas y generan la satisfacción de los pacientes que acuden a este centro de salud.

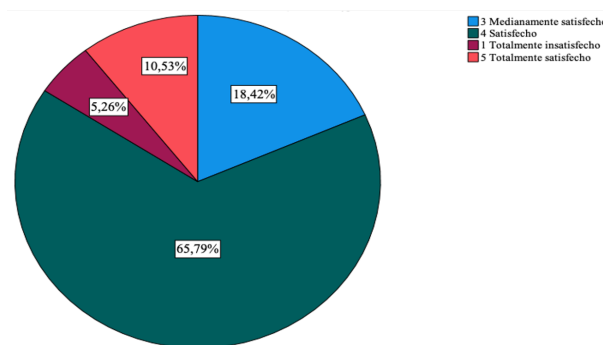
4.1.1.1.2.21. Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)

Tabla 50: Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
3 Medianamente satisfecho	7	18,4	18,4
4 Satisfecho	25	65,8	84,2
1 Totalmente insatisfecho	2	5,3	89,5
5 Totalmente satisfecho	4	10,5	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 53: Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

El trato del equipo de salud como personal médico, de enfermería, auxiliares, en la tabla 50, refleja los siguientes resultados de acuerdo a la satisfacción de los usuarios,

en donde 4 (10,5 %) se muestran totalmente satisfechos, 25 (65,8 %) que son la mayoría están satisfechos, 7 (18,4%) medianamente satisfechos, y 2 (5,3 %) insatisfechos y totalmente insatisfechos con el trato de los funcionarios.

El brindar una atención con alto grado de calidad es el objetivo principal del Patronato Provincial de Tungurahua, por medio de un trato digno a los pacientes en todas las áreas que requieran la atención es así que la mayoría se sienten satisfechos por la igualdad de trato que reciben.

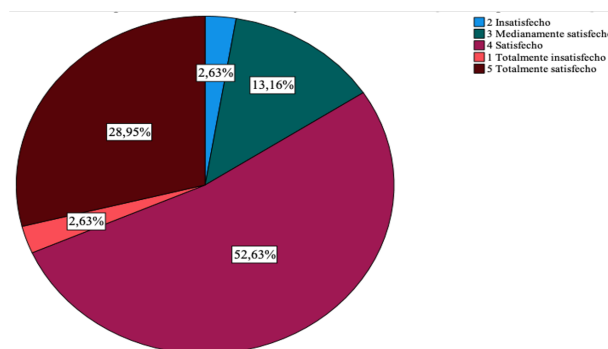
4.1.1.1.2.22. Trato del personal médico

Tabla 51: Trato del personal médico

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	5	13,2	15,8
4 Satisfecho	20	52,6	68,4
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	71,1
5 Totalmente satisfecho	11	28,9	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 54: Trato del personal médico



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En las encuestas detalladas en la tabla 51, dentro de la dimensión de seguridad, específicamente en el aspecto del trato del personal médico se evidencia que 11 pacientes equivalentes al 28,9% están totalmente satisfechos, 20 que representan el 52,6% están satisfechos, 5 de ellos con el 13,2% medianamente satisfechos, 1 que equivale al 2,6% insatisfecho y de la misma forma 1 paciente totalmente satisfecho por el trato recibido del personal de salud.

El trato humano entre el personal de salud y paciente se asocia con las actitudes que tome el profesional, al mirar, escuchar, saludar, ser cordiales, tomar en consideración la opinión y principalmente ponerse en el lugar de la otra persona con muestras de empatía , lo que se demuestra que el Patronato Provincial de Tungurahua si cuenta con personal médico que cumple todas las expectativas de los diferentes usuarios.

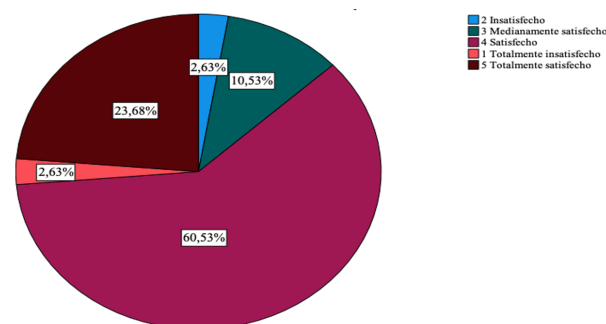
4.1.1.1.2.23. Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario

Tabla 52: Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario

Opciones	Fre.	% válido	% acum.
2 Insatisfecho	1	2,6	2,6
3 Medianamente satisfecho	4	10,5	13,2
4 Satisfecho	23	60,5	73,7
1 Totalmente insatisfecho	1	2,6	76,3
5 Totalmente satisfecho	9	23,7	100,0
Total	38	100,0	

Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Figura 55: Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario



Fuente: encuesta a los usuarios del Patronato Provincial (2021)

Análisis e interpretación

En el aspecto de las necesidades y sentimientos del usuario, en la tabla 52, refleja resultados que 9 (23,7%) se sienten totalmente satisfechos, 23 (60,5%) satisfechos, 4 (10,5%) medianamente satisfechos, 1 (2,6%) insatisfecho, 1 (2,6%) totalmente insatisfecho por no sentir cubiertas sus necesidades.

La relación entre médico - paciente es importante para lograr la confianza necesaria en la que el paciente pueda expresar su estado de salud, de ánimo y el médico de una respuesta concreta y satisfactoria, poniéndose en el lugar del paciente y realice esfuerzo por comprender las emociones.

4.1.2. Resultados del objetivo dos

Evaluar el control interno de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua mediante la aplicación del Modelo de Madurez del Control Interno, como una herramienta de diagnóstico del estado actual y el impacto de los riesgos.

4.1.2.1. Cumplimiento de objetivo

4.1.2.1.1. Diagnóstico de la Variable Regularización interna de riesgos

Para el cumplimiento de la variable independiente se desarrolló el Modelo de madurez del control interno aplicado a las dos instituciones de asistencia social de salud, como un instrumento que aporta en la identificación del estado de madurez en el que se encuentra el control interno.

La matriz sirve como un instrumento clave para la administración, ya que permite identificar el estado actual del control interno por medio de cada uno de sus componentes, y así lograr una autoevaluación en base a las buenas prácticas emitidas por COSO 2013.

Se detalla la estructura y resultados obtenidos del Modelo de Madurez del Control Interno aplicado al Patronato Provincial de Tungurahua y la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Píllaro:

En la tabla 53, se presenta el entorno de control del Patronato Provincial de Tungurahua donde se puede identificar que se hace referencia al conjunto de normas, procesos y estructuras que constituyen la base sobre la que se lleva a cabo el sistema de control interno de la organización.

En la tabla 54, se presenta la evaluación de riesgos, misma que implica un proceso dinámico e iterativo para identificar y evaluar los riesgos de cara a la consecución de los objetivos.

En la tabla 55, se presenta las actividades de control, las cuales se refieren a las acciones establecidas a través de políticas y procedimientos que contribuyen a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos.

En la tabla 56, se presenta la información y comunicación, la misma que es necesaria para que la entidad pueda llevar a cabo sus responsabilidades de control interno y soportar el logro de sus objetivos.

En la tabla 57, se presenta el aspecto de supervisión referente a las evaluaciones continuas, independientes o una combinación de ambas se utilizan para determinar si cada uno de los cinco componentes del control interno, incluidos los controles para cumplir los principios de cada componente, están presentes y funcionan adecuadamente.

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.1.- La organización demuestra compromiso por la integridad y valores		
Punto de enfoque N.1.- Define el <i>Tone at the Top</i> .-La junta directiva y la gerencia en todos los niveles de la entidad demuestran a través de sus directivas, acciones y comportamiento la importancia de la integridad y los valores éticos para respaldar el funcionamiento del sistema de control interno.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.2.-Establece los estándares de conducta.-Las expectativas de la junta directiva y la alta gerencia con respecto a la integridad y los valores éticos se definen en los estándares de conducta de la entidad y se comprenden en todos los niveles de la organización.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.3.-Evalúa el acatamiento de los estándares de conducta.-Existen procesos para evaluar el desempeño de individuos y equipos en comparación con los estándares de conducta esperados de la entidad.	Competente	Diestro
Punto de enfoque N.4 .-Atiende las desviaciones manera oportuna.Las desviaciones de los estándares de conducta esperados de la entidad se identifican y remediar de manera oportuna y consistente.	Diestro	Diestro
Principio N.2.-El consejo de administración demuestra independencia de la dirección y ejerce supervisión del desempeño del sistema de control interno.-La junta directiva demuestra independencia de la administración y ejerce la supervisión del desarrollo y el desempeño del control interno.		

Continúa en la siguiente página

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.1.- Se establece responsabilidades de supervisión.-La junta directiva identifica y acepta sus responsabilidades de supervisión en relación con los requisitos establecidos y expectativas.	Novato	Competente
Punto de enfoque N.2.-Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	Novato	Competente
Punto de enfoque N.3.-Opera independientemente.-El consejo de administración tiene suficientes miembros que son independientes de la administración y objetivos en las evaluaciones y la toma de decisiones.	Novato	Novato
Punto de enfoque N.4 .-Provee supervisión al sistema de control interno.-La junta directiva retiene la responsabilidad de supervisión del diseño, la implementación y la conducta de control de la administración.	Novato	Novato
Punto de enfoque N.5.- Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	Novato	Novato

Continúa en la siguiente página

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.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.-La gerencia establece, con supervisión de la junta, estructuras, líneas de reporte y autoridades y responsabilidades apropiadas en la búsqueda de objetivos		
Punto de enfoque N.1.- Considera todas las estructuras de la entidad.-La administración y la junta directiva consideran las múltiples estructuras utilizadas (incluidas las unidades operativas, las entidades legales, la distribución geográfica y los proveedores de servicios subcontratados) para respaldar el logro de los objetivos.	Diestro	Diestro
Punto de enfoque N.2.- Establece líneas de reporte.-La gerencia diseña y evalúa líneas de informes para cada estructura de la entidad para permitir la ejecución de las autoridades y responsabilidades y el flujo de información para administrar las actividades de la entidad.	Diestro	Diestro
”Punto de enfoque N.3.- Se define asignación y limitación de autoridades y responsabilidades.-La administración y el consejo de administración delegan la autoridad, definen responsabilidades y utilizan los procesos y la tecnología apropiados para asignar responsabilidades y segregar las tareas según sea necesario en los diversos niveles de organización.”	Novato	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.4.- La organización demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, en alineación con los objetivos de la organización.-La organización demuestra un compromiso para atraer, desarrollar y retener personas competentes en alineación con los objetivos.		
Punto de enfoque N.1.- Establecimiento de políticas y procedimientos.-Las políticas y prácticas reflejan las expectativas de competencia necesarias para apoyar el logro de los objetivos.	Competente	Diestro
”Punto de enfoque N.2.-Evaluación de las competencias y tratamiento de las deficiencias.-El consejo de administración y la gerencia evalúan la competencia en la organización y en proveedores de servicios subcontratados en relación con las políticas establecidas y prácticas, y actuar según sea necesario para hacer frente a las deficiencias.”	Diestro	Diestro
Punto de enfoque N.3.- Atracción desarrollo y retención del personal.-La organización proporciona la asesoría y la capacitación necesarias para atraer, desarrollar y retener personal suficiente y competente y proveedores de servicios subcontratados para apoyar el logro de los objetivos.	Diestro	Diestro
Punto de enfoque N.4.- Planeación y preparación para la sucesión.-La alta gerencia y la junta directiva desarrollan planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno.	Competente	Diestro

Continúa en la siguiente página

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.5.- La organización define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.-La organización tiene individuos responsables de sus responsabilidades de control interno en la búsqueda de objetivos.		
”Punto de enfoque N.1.- Reforzamiento de la responsabilidad.-La gerencia y la junta directiva establecen los mecanismos para comunicarse y responsabilizar a las personas por el desempeño de las responsabilidades de control interno en toda la organización y implementar acciones correctivas según sea necesario.”	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.2.- Establecimiento de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La administración y la junta directiva establecen medidas de desempeño, incentivos y otras recompensas apropiadas para las responsabilidades en todos los niveles de la entidad, reflejando las dimensiones apropiadas de desempeño y los estándares de conducta esperados, y considerando el logro de ambos a corto plazo y objetivos a largo plazo.	Novato	Competente
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La gerencia y la junta directiva evalúan y ajustan las presiones asociadas con el logro de los objetivos a medida que asignan responsabilidades, desarrollan medidas de desempeño y evaluar el rendimiento.	Competente	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 53: Entorno de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.4.- Evaluación de las presiones excesivas.-La administración y el consejo de administración evalúan el desempeño de las responsabilidades de control interno, incluida la adherencia a los estándares de conducta y los niveles de competencia esperados y proporcionan recompensas o ejercen medidas disciplinarias según sea apropiado.	Competente	Competente

Fuente: Instituciones de Asistencia Social de Salud (2021)

Tabla 54: Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.6.- La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.-La organización específica objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con los objetivos.		
Punto de enfoque N.1.- Objetivos operacionales reflejan las alternativas de la gerencia.- Los objetivos de operaciones reflejan las elecciones de la administración sobre la estructura, las consideraciones de la industria y el desempeño de la entidad.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.2.- Objetivos de reporte financiero externo. A. Cumplen con los estándares contables. B. Consideran la materialidad y aseveraciones implícitas en los estados financieros.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.3.- Objetivo de reporte no financiero externo. A. Cumplimiento de los estándares establecidos. B. Consideración del grado de precisión requerida.	Experto	Diestro
Punto de enfoque N.4.-Objetivos de reporte interno. A. Consideración de la información requerida por la organización. B. Considera el grado de precisión requerida.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.5.- Objetivos de cumplimiento. A. Considera la leyes y normas que le sean aplicables a la entidad. B.Considera los niveles de tolerancia	Experto	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 54: Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.7.-La organización identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la entidad .La organización identifica los riesgos para el logro de sus objetivos en toda la entidad y analiza los riesgos como base para determinar cómo deben gestionarse los riesgos.		
Punto de enfoque N.1.- La organización identifica y evalúa los riesgos a todos los niveles de la organización.-La organización identifica y evalúa los riesgos en la entidad, subsidiaria, división, unidad operativa y niveles funcionales relevantes para el logro de los objetivos.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.2.-Se analizan los factores internos y externos.-La identificación de riesgos considera los factores internos y externos y su impacto en el logro de los objetivos.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.3.- En la identificación y el análisis de riesgos se involucra al personal responsable de cumplir con los objetivos fijados.-La organización pone en marcha mecanismos efectivos de evaluación de riesgos que involucran niveles apropiados de gestión.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.4.- Se estima la significancia de los riesgos identificados.-Se analizan los riesgos identificados a través de un proceso que incluye la estimación de la importancia potencial del riesgo.	Competente	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 54: Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.5.- Determinación de la respuesta al riesgo.-La evaluación de riesgos incluye considerar cómo se debe administrar el riesgo y si se debe aceptar, evitar, reducir o compartir el riesgo.	Competente	Competente
Principio N.8.- La organización considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.- La organización considera el potencial de fraude al evaluar los riesgos para el logro de los objetivos.		
”Punto de enfoque N.1.-Se considerarán los varios tipo de fraude.-La valoración del fraude considera Informes fraudulentos, posibles pérdidas de activos y daños resultantes de las diversas formas en que puede ocurrir el fraude y la mala conducta.”	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de incentivos y presiones.-La evaluación del riesgo de fraude considera incentivos y presiones.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de las oportunidades.-La evaluación del riesgo de fraude considera oportunidades para la adquisición, el uso o la disposición no autorizados de activos, la alteración de los registros de informes de la entidad o la comisión de otros actos inapropiados.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.4.-Evaluación de la racionalización.-La evaluación del riesgo de fraude considera cómo la administración y otro personal podrían participar o justificar acciones inapropiadas.	Experto	Novato

Continúa en la siguiente página

Tabla 54: Evaluación de Riesgos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.9.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el sistema de control interno.		
Punto de enfoque N.1.- Evaluación de los cambios en el entorno externo.-El proceso de identificación de riesgos considera cambios en el entorno regulatorio, económico y físico en el que opera la entidad.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de los cambios en el modelo de negocios.-La organización considera los impactos potenciales de nuevas líneas de negocios, composiciones dramáticamente alteradas de las líneas de negocios existentes, operaciones de negocios adquiridas o cedidas en el sistema de control interno, rápido crecimiento, cambio en la dependencia de geografías extranjeras y nuevas tecnologías.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de los cambios en el liderazgo.-La organización considera cambios en gestión y respectivas actitudes y filosofías sobre el sistema de control interno.	Diestro	Competente

Fuente: Instituciones de Asistencia Social de Salud (2021)

Tabla 55: Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.10.- La organización define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de riesgos hasta los niveles aceptables para la consecución de los objetivos.		
Punto de enfoque N.1.-Integración con la evaluación de riesgos.-Las actividades de control ayudan a garantizar que se realizan respuestas de riesgo que abordan y mitigan riesgos.	Experto	Novato
Punto de enfoque N.2.-Se consideran los factores específicos de la entidad.-La gerencia considera cómo el entorno, la complejidad, la naturaleza y el alcance de sus operaciones, así como las características específicas de su organización, afectan la selección y el desarrollo de las actividades de control.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.3.-Determinar los procesos relevantes del negocio.-La gerencia determina qué procesos comerciales relevantes requieren actividades de control.	Experto	Novato
Punto de enfoque N.4.- Se considera una combinación de tipos de actividades de control.-Las actividades de control incluyen una variedad y variedad de controles y pueden incluir un equilibrio de enfoques para mitigar los riesgos, considerando controles tanto manuales como automatizados, y controles preventivos y de detección.	Experto	Competente
Punto de enfoque N.5.- Se consideran actividades de control a varios niveles.-La gerencia considera las actividades de control a varios niveles en la entidad.	Experto	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 55: Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa la segregación de funciones.-La gerencia segrega los deberes incompatibles, y cuando dicha segregación no es práctica, la gerencia selecciona y desarrolla actividades de control alternativas.	Experto	Competente
Principio N.11.- La organización define y desarrolla actividades de control a nivel de entidad sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos		
Punto de enfoque N.1- Determina la dependencia entre el uso de la tecnología en los negocios Procesos y tecnología Controles generales — La administración comprende y determina la dependencia y vinculación entre las empresas. Procesos, actividades de control automatizado, y controles generales de tecnología.	Competente	Competente
Punto de enfoque N.2.- Se establecen actividades de control relevantes sobre la estructura de TI. - La gestión Selecciona y desarrolla actividades de control sobre la tecnología. infraestructura, que están diseñados e implementados para ayudar a garantizar La integridad, precisión y disponibilidad del procesamiento de la tecnología.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.3.- Se establecen actividades de control relevantes seguridad gestión Selecciona y desarrolla actividades de control que están diseñadas. e implementado para restringir los derechos de acceso a la tecnología a usuarios autorizados de acuerdo con sus responsabilidades laborales y para proteger a los Activos de amenazas externas.	Diestro	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 55: Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.4.- Establece la adquisición de tecnología relevante, desarrollo y Actividades de Control de Procesos de Mantenimiento — La gerencia selecciona y desarrolla Control de las actividades de adquisición, desarrollo y mantenimiento. tecnología y su infraestructura para lograr la gestión de objetivos	Diestro	Competente
Principio N.12.- La organización despliega las actividades de control a través de políticas que establecen las líneas generales del control interno y procedimientos que llevan a las políticas en práctica		
Punto de enfoque N.1.- Se establecen políticas y procedimientos que soporten las directrices de la gerencia- la administración establece actividades de control que están integradas en los procesos de negocios y las actividades cotidianas de los empleados mediante políticas que establecen qué acciones esperadas y relevantes de procedimiento determinan.	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.2.- Se establecen responsabilidad y accountability en las políticas y procesos la administración establece la responsabilidad y la responsabilidad de las actividades de control con la administración de la unidad de negocios o función en la que residen los riesgos relevantes.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.3.- Se establecen en las políticas y procesos actividades de control oportunas- el personal responsable realiza las actividades de control de manera oportuna según lo definen las políticas y los procedimientos.	Diestro	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 55: Actividades de Control de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.4.- Constituyen la base para la competencia del personal el personal responsable investiga y actúa en los asuntos identificados como resultado de la ejecución de las actividades de control.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.5.- Son objeto de revaluación periódica -el personal competente con suficiente autoridad realiza las actividades de control con diligencia y enfoque continuo.	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.6.- La administración revisa periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia continua y las actualiza cuando sea necesario.	Diestro	Competente

Fuente: Instituciones de Asistencia Social de Salud (2021)

Tabla 56: Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.13.- La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno		
Punto de enfoque N.1.- Se identifican los requerimientos de información - existe un proceso para identificar la información requerida y esperada para respaldar el funcionamiento de los otros componentes del control interno y el logro de los objetivos de la entidad.	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.2.- Captura de datos de fuente interna y externa - los sistemas de información capturan fuentes de datos internas y externas.	Diestro	Incipiente
Punto de enfoque N.3.- Se procesan datos relevantes en información - los sistemas de información procesan y transforman datos relevantes en información.	Diestro	Incipiente
Punto de enfoque N.4.- Se conserva la calidad de la información en todo el proceso - los sistemas de información producen información oportuna, actualizada, precisa, completa, accesible, protegida, verificable y retenida. La información se revisa para evaluar su relevancia en el apoyo a los componentes de control interno.	Diestro	Incipiente
Punto de enfoque N 5.- Considera los costos y los beneficios - la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada son acordes con y respaldan el logro de los objetivos.	Diestro	Novato

Continúa en la siguiente página

Tabla 56: Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.14.- La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno		
Punto de enfoque N.1.- Se comunica información del control interno - existe un proceso para comunicar la información requerida para que todo el personal pueda comprender y cumplir con sus responsabilidades de control interno.	Experto	Novato
Punto de enfoque N.2.- Existe comunicación con el directorio -existe una comunicación entre la administración y la junta directiva para que ambos tengan la información necesaria para cumplir con sus roles con respecto a los objetivos de la entidad.	Experto	Novato
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallos para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales son inoperantes o ineficaces.	Competente	Novato
Punto de enfoque N. 4- Selecciona el método de comunicación relevante - el método de comunicación considera el tiempo, la audiencia y la naturaleza de la información.	Diestro	Competente
Principio N.15.- La organización se comunica con los grupos de interes externos sobre los aspectos claves que afectan al funcionamiento del control interno		

Continúa en la siguiente página

Tabla 56: Información y comunicación de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.1.- Existe comunicación con partes externas - existen procesos para comunicar información relevante y oportuna a partes externas, incluidos accionistas, socios, propietarios, reguladores, clientes y analistas.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.2.- Existe medios que faciliten las comunicaciones que provienen del exterior - los canales de comunicación abiertos permiten la entrada de clientes, consumidores, proveedores, auditores externos, reguladores, analistas financieros y otros, brindando a la administración y al consejo de administración información relevante.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallas para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales no funcionan o no funcionan	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.4.- Se selecciona él o los métodos relevantes de comunicación - el método de comunicación considera el momento, la audiencia y la naturaleza de la comunicación y los requisitos y expectativas.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.5- Se comunica con la Junta Directiva -la información relevante que resulta de las evaluaciones realizadas por partes externas se comunica a la Junta Directiva.	Diestro	Competente

Fuente: Instituciones de Asistencia Social de Salud (2021)

Tabla 57: Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Principio N.16.- La organización selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones continuas y/o independientes para determinar si los componentes del sistema de control interno están presentes y en funcionamiento		
Punto de enfoque N.1.- Se considera un mix de evaluaciones continuas o específicas - la administración incluye un balance de evaluaciones continuas y separadas.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.2.- Se establece el entendimiento de una línea base para evaluar el estado actual de C.I. - el diseño y el estado actual de un sistema de control interno se utilizan para establecer una línea de base para evaluaciones continuas y separadas.	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.3.- Se hace uso personal con suficiente conocimiento - los evaluadores que realizan evaluaciones continuas y separadas tienen suficiente conocimiento para comprender lo que se está evaluando.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.4.- Las evaluaciones continuadas están incluidas en el diseño del proceso - las evaluaciones continuas están integradas en los procesos de negocios y se ajustan a las condiciones cambiantes.	Diestro	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 57: Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.5.- La gerencia ajusta el alcance y la frecuencia de las evaluaciones específicas - la administración considera la tasa de cambio en los procesos de negocios y de negocios al seleccionar y desarrollar evaluaciones continuas y separadas.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa objetivamente - se realizan evaluaciones separadas periódicamente para proporcionar retroalimentación objetiva	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa objetivamente - se realizan evaluaciones separadas periódicamente para proporcionar retroalimentación objetiva	Diestro	Novato
Punto de enfoque N.7.- Ajusta el alcance y la frecuencia: la administración varía el alcance y la frecuencia de evaluaciones separadas según el riesgo.	Diestro	Competente
Principio N.17.- La organización evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar las medidas correctivas incluyendo la alta dirección y el consejo.		
Punto de enfoque N.1.- Se evalúan los resultados la administración y la junta directiva, según corresponda, evalúan los resultados de las evaluaciones continuas y separadas.	Diestro	Competente

Continúa en la siguiente página

Tabla 57: Supervisión de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

Opciones	PPT	UDS GADM Píllaro
Punto de enfoque N.2.- Comunicación de deficiencias - las deficiencias se comunican a las partes responsables de tomar medidas correctivas y a la alta gerencia y al consejo de administración, según corresponda.	Diestro	Competente
Punto de enfoque N.3.- Se monitorean las acciones correctivas - la administración hace un seguimiento de sí las deficiencias se solucionan de manera oportuna.	Diestro	Competente

Fuente: Instituciones de Asistencia Social de Salud (2021)

4.1.2.1.1.1. Evaluación del Control Interno del Patronato Provincial de Tungurahua

Después de realizar la calificación de cada uno de los principios con los respectivos puntos de enfoque del control Interno, se procedió a la ponderación de cada componente del control interno, como se muestra a continuación:

La gestión de riesgos juega un papel muy importante ya que se refiere a un proceso desarrollado por el directorio, la gerencia u otro personal para brindar seguridad razonable de que se han identificado riesgos y que estos están siendo manejados correctamente, también permite apoyar el establecimiento de estrategias y la toma de decisiones para mitigar cada uno de los riesgos. Además constituye un medio para perfeccionar la forma en que la entidad entiende y administra los riesgos para alcanzar la transparencia, crecimiento futuro es decir la creación y protección de valor, por ello se realiza la evaluación del control interno con el objetivo de conocer el estado en que se encuentra el Patronato Provincial de Tungurahua.

A continuación, en las tablas 58 y 59, se muestra los resultados del Modelo de Madurez del Control Interno y para mayor detalle se puede verificar en el Anexo A.

Tabla 58: Resultados del modelo de madurez del control interno del Patronato Provincial de Tungurahua

Componente	Ponderación	Calificación
Entorno de control	100	62
Evaluación de riesgos	100	78
Actividades de control	100	91
Información y comunicación	100	64
Supervisión	100	80
TOTAL	500	375

Fuente: elaboración propia

Tabla 59: Nivel de confianza del modelo de madurez del control interno del Patronato Provincial de Tungurahua

Bajo	Moderado	Alto
15 %-50 %	51 % - 75 %	76 % - 95 %
85 %-50 %	49 % - 25 %	24 % - 5 %
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

Fuente: elaboración propia

NIVEL DE CONFIANZA	NC=	75	MODERADO
NIVEL DE RIESGO DE CONTROL	NR=	25	BAJO

Análisis e interpretación

En base a la matriz aplicada al Patronato Provincial de Tungurahua, se detalla los resultados por cada uno de los componentes del control interno, con una ponderación de 100 y la respectiva calificación para el entorno de control 62, la evaluación de riesgos 78, actividades de control 91, información y comunicación 64 y supervisión 80.

Para el cálculo del nivel de confianza y riesgos se tomó como base la tabla de rangos y porcentajes ya establecidos, dando como resultado un nivel de confianza del 80 %, y el nivel de riesgo del 20 %, calificado como un nivel bajo, esto se debe a que la institución si maneja el control interno enfocado en cada uno de los componentes.

4.1.2.1.1.2. Evaluación del Control Interno de la Sección de Desarrollo Social

La Sección de Desarrollo Social refleja el comportamiento actual del control interno a través de los componentes que lo integran, con los resultados que se muestran en las tablas 60 y 61, para mayor detalle se puede verificar en el Anexo B.

Tabla 60: Resultados del modelo de madurez del control interno de la Sección de Desarrollo Social

Componente	Ponderación	Calificación
Entorno de control	100	66
Evaluación de riesgos	100	60
Actividades de control	100	59
Información y comunicación	100	37
Supervisión	100	56
TOTAL	500	278

Fuente: elaboración propia

Tabla 61: Nivel de confianza del modelo de madurez del control interno de la Sección de Desarrollo Social

Bajo	Moderado	Alto
15 %-50 %	51 % - 75 %	76 % - 95 %
85 %-50 %	49 % - 25 %	24 % - 5 %
NIVEL DE RIESGO (100-NC)		

Fuente: elaboración propia

NIVEL DE CONFIANZA	NC=	56	MODERADO
NIVEL DE RIESGO DE CONTROL	NR=	44	ALTO

Análisis e interpretación

Se muestra los resultados por cada uno de los componentes del control interno de la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro, con una ponderación de 100 y la respectiva calificación para el entorno de control 66, la evaluación de riesgos 60, actividades de control 59, información y comunicación 37 y supervisión 56.

Se calcula el nivel de confianza dando como resultado el 56 %, que representa un nivel moderado, mientras que el nivel de riesgo es de 44 %, evidenciado que existe una falta de control en los diferentes componentes, lo que genera un incremento de los riesgos e incumplimiento de los objetivos estratégicos.

4.1.3. Resultados del objetivo tres

Establecer la incidencia de la correlación entre las variables de la regularización interna de los riesgos de los sistemas de control y su relación con la consecución de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

4.1.3.1. Cumplimiento de objetivo

Dentro del cumplimiento del objetivo se debe indicar que se realiza un diagnóstico de la variable cumplimiento de objetivos estratégicos, a través de un cuestionario de veinte y siete como se presenta a continuación:

4.1.3.1.1. Diagnóstico de la variable cumplimiento de objetivos estratégicos

Para la presente investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo, a través de un cuestionario de 27 preguntas cerradas, con la aplicación de una encuesta *SERVQUAL (Service Quality)*, que es un modelo de calidad del servicio, creado por *Zeithaml Parasuraman y Berry*, con el objetivo de mejorar la calidad de servicio. Presenta una escala de respuestas múltiples que mide las expectativas y percepciones del usuario por medio de 5 dimensiones como la tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Está acompañado de una Escala de *Likert* que es uno de los tipos de escala para realizar mediciones y conocer el grado de conformidad de una persona en base a su nivel de acuerdo o desacuerdo, con diferentes reactivos que acompañan a cada

ítem. Dicho instrumento de evaluación fue acoplado a las necesidades del Patronato Provincial de Tungurahua, y la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro, y validado por medio de un estudio.

Con los procesos realizados permitió validar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las instituciones de asistencia social de salud, los mismos que se presentan en la tabla 62,:

Tabla 62: Objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud

PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
Brindar servicios médicos de calidad en las especialidades que cuenta el Patronato Provincial de Tungurahua	Servir a los grupos desprotegidos y vulnerables del cantón Santiago de Píllaro con: equidad, igualdad de condiciones, calidez, calidad, eficiencia, inclusión, solidaridad, interculturalidad responsabilidad, garantizando así el buen vivir.
Atender con eficiencia, calidez y responsabilidad a todos los pacientes que se acerquen a nuestra institución.	Realizar actividades de atención, control y prevención de salud a los pacientes del Centro de Acogida del Adulto Mayor “Señor de los Remedios”, grupos vulnerables, y pacientes externos que acuden a la Sección de Desarrollo Social, realizando un diagnóstico y brindando el tratamiento adecuado; así como brindar el servicio de salud ocupacional a los empleados y trabajadores del GAD Municipal de Santiago de Píllaro.

Continúa en la siguiente página

Tabla 62: Objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud (Continuación)

PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
Priorizar ayuda a los sectores más vulnerables de la población de la provincia de Tungurahua.	Desplegar labor de asistencia social en beneficio de los grupos prioritarios vulnerables del cantón Santiago de Pillaro, quienes se encuentren en situación de riesgo y provengan de estratos sociales de escasos recursos económicos y/o abandonados por sus familiares.
Planificar la cobertura de medicina y atención gratuita en sectores rurales de la provincia de Tungurahua	Ejecutar proyectos y programas de organización, capacitación y control a los diversos prestadores de sus servicios en esta sección, para atender a grupos de atención prioritaria que estén dentro de la jurisdicción cantonal.

Fuente: elaboración propia

Toda la información obtenida se procesó en una base de datos en el *software SPSS Statistics*, para efectuar el análisis estadístico que refleje las puntuaciones y gráficos de cada una de las preguntas planteadas.

4.1.3.1.1.1. Normalización de la variable cumplimiento de objetivos estratégicos del Patronato Provincial de Tungurahua

En la tabla 63, se presenta la simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL, con la finalidad de que se pueda realizar de una manera eficiente la interpretación de la información presentada.

Tabla 63: Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
DIMENSIÓN DE TANGIBILIDAD	
TE1	TANGIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO
TI2	TANGIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA
TP3	TANGIBILIDAD DE PRESENTACION DEL PERSONAL
TL4	TANGIBILIDAD DE LIMPIEZA
TS5	TANGIBILIDAD DE SEÑALÉTICA
TC6	TANGIBILIDAD DE COMODIDAD DE CAMILLAS, SILLAS
TB7	TANGIBILIDAD DE PROTOCOLAS DE BIOSEGURIDAD
PROM	PROMEDIO
IDT	INDICE DE TANGIBILIDAD
DIMENSION FIABILIDAD	
FT1	FIABILIDAD EN EL TIEMPO DE ESPERA
FH2	FIABILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE HORARIOS
FI3	FIABILIDAD EN INTERES DE LOS FUNCIONARIOS EN LA SOLUCION DE REQUERIMIENTOS
FC4	FIABILIDAD EN CONFIANZA TRANSMITIDA
FB5	FIABILIDAD EN EQUIPOS DE BIOSEGURIDAD
PROM	PROMEDIO
IDF	INDICE DE FIABILIDAD

Continúa en la siguiente página

Tabla 63: Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL (Continuación)

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA	
CRP1	CAPACIDAD DE RESPUESTA RESOLVER PREGUNTAS
CRT2	CAPACIDAD DE RESPUESTA EN SENCILLEZ DE TRÁMITES
CRQR3	CAPACIDAD DE RESPUESTA EN SOLUCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS
PROM	PROMEDIO
IDCR	INDICE DE CAPACIDAD DE RESPUESTA
DIMENSION SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SM1	SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS APROPIADOS
SC2	SEGURIDAD CAPACIDAD DE LOS PRPFESIONALES
SE3	SEGURIDAD EN EXPLICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD
SB4	SEGURIDAD EN MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DE MEDICOS
PROM	PROMEDIO
IDS	INDICE DE SEGURIDAD
DIMENSION DE EMPATÍA DE FUNCIONARIOS	
ET1	EMPATIA TRATO DEL EQUIPO DE SALUD

Continúa en la siguiente página

Tabla 63: Simbología de las dimensiones de la encuesta SERVQUAL (Continuación)

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ETM2	EMPATIA TRATO DEL PERSONAL MÉDICO
EC3	EMPATIA EN LA COMPRENSIÓN DE NECESIDADES Y SENTIMIENTOS DEL USUARIO
PROM	PROMEDIO
IDE	INDICE DE EMPATIA

Fuente: elaboración propia

En la tabla 64, se presenta la simbología de los índices de la normalización de las variables, con la finalidad de que se pueda realizar de una manera eficiente la interpretación de la información presentada.

Tabla 64: Simbología de los índices de la normalización de las variables

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
IDT	INDICE DE TANGIBILIDAD
IDF	INDICE DE FIABILIDAD
IDCR	INDICE DE CAPACIDAD DE RESPUESTA
IDS	INDICE DE SEGURIDAD
IDE	INDICE DE EMPATIA
PROMEDIO	PROMEDIO
IND GLOBAL	INDICE GLOBAL

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la encuesta *SERVQUAL*, reflejaron datos determinantes en el nivel de satisfacción de los usuarios, en cada uno de los ámbitos que manejan las instituciones de salud; lo que permitió llevar a cabo una normalización de la variable para trasladarles a una misma métrica de medición para que puedan ser comparables.

A continuación se presenta en la figura 56, se detallan los resultados por dimensiones, así como en la figura 57, los cálculos correspondientes de índices de las dimensiones, de tal manera que permita contar con información para la tabla 65, para alcanzar la normalización de variables del Patronato Provincial de Tungurahua:

Figura 56: Resultados de la encuesta por dimensiones del Patronato Provincial de Tungurahua

ENCUESTADO	INSTITUCIÓN	DIMENSIÓN DE TANGIBILIDAD							DIMENSION DE FIABILIDAD					DIMENSION DE CAPACIDAD DE RESPUESTA			DIMENSION SEGURIDAD DEL PACIENTE				DIMENSION DE EMPATÍA DE FUNCIONARIOS			
		CODIGO	TE2	TI2	TP3	TL4	TS5	TC6	TB7	FT1	FH2	FI3	FC4	FB5	CRP1	CRT2	CRQR3	SM1	SC2	SE3	SB4	ET1	ETM2	EC3
1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	3	5	3	4	5
3	1	5	3	4	5	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
4	1	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5
5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	1	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5
7	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	1	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2
11	1	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4
12	1	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4
13	1	4	3	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	1	4	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	3	3	3	2	4	3	3	3
16	1	4	4	4	5	4	4	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	1	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4
18	1	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19	1	3	3	5	5	5	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
20	1	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
21	1	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4
22	1	3	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	3	4
23	1	4	4	3	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	4	5	3	4	4	5	3	4	4	4
24	1	3	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	5	5	4	4	5	5	5
25	1	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4
26	1	3	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4
27	1	3	4	4	3	3	4	3	5	4	4	4	5	4	5	5	3	4	4	4	3	4	4	4
28	1	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4
29	1	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4
30	1	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5	5	4	4	4	4	3	4	5	4	3	5	4	4
31	1	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4
32	1	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4
33	1	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	3	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5
34	1	3	3	4	4	4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
35	1	4	3	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
36	1	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
37	1	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
38	1	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4

Fuente: elaboración propia

Tabla 65: Resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos del Patronato Provincial de Tungurahua

ENCUEST.	IDT	IDC	IDA	IDS	IDE	PROMEDIO	IND GLOBAL
8	-3,37	-3,47	-3,40	-3,02	-3,41	-3,33	-3,71
10	-1,93	-2,33	-2,27	-2,76	-2,63	-2,38	-2,66
1	-1,14	-1,19	-1,13	-0,95	-1,08	-1,10	-1,22
16	0,30	-0,96	-1,13	-0,95	-1,08	-0,77	-0,85
17	-1,14	-1,19	-1,13	0,34	0,08	-0,61	-0,68
38	-0,18	-0,96	0,00	-0,95	0,08	-0,40	-0,45
29	-0,34	-0,05	0,00	-0,95	0,08	-0,25	-0,28
35	0,30	0,64	0,00	-0,95	-1,08	-0,22	-0,25
15	-0,34	0,18	1,13	-1,21	-0,69	-0,19	-0,21
32	-0,34	0,41	-1,13	0,34	0,08	-0,13	-0,14
34	-0,34	-0,05	0,00	0,08	0,08	-0,04	-0,05
19	0,14	-0,50	0,00	0,08	0,08	-0,04	-0,04
23	-0,02	0,18	0,00	0,08	-0,31	-0,01	-0,01
13	-0,18	-0,05	0,00	0,08	0,08	-0,01	-0,01
11	0,14	-0,73	0,00	0,08	0,47	-0,01	-0,01
27	-0,66	0,41	0,76	-0,18	-0,31	0,00	0,00
20	-0,50	-0,05	0,76	0,08	0,08	0,07	0,08
22	0,14	0,41	0,38	-0,18	-0,31	0,09	0,10
9	0,14	0,18	0,00	0,08	0,08	0,10	0,11
30	0,14	0,18	0,00	0,08	0,08	0,10	0,11
18	0,62	-0,05	0,00	0,08	0,08	0,15	0,16
21	0,46	0,41	-0,38	-0,18	0,47	0,16	0,17
36	0,46	-0,05	0,00	0,34	0,08	0,17	0,19
2	0,14	0,41	0,00	0,34	0,08	0,19	0,22
26	0,14	0,18	0,00	0,60	0,47	0,28	0,31

Continúa en la siguiente página

Tabla 65: Resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos del Patronato Provincial de Tungurahua (Continuación)

ENCUEST.	IDT	IDC	IDA	IDS	IDE	PROMEDIO	IND GLOBAL
24	0,14	0,18	-0,38	0,60	0,86	0,28	0,31
25	-0,02	0,18	0,38	0,60	0,47	0,32	0,36
31	0,14	0,41	0,76	0,60	0,08	0,40	0,44
28	0,78	0,41	0,38	0,34	0,08	0,40	0,44
33	0,30	0,64	-0,38	0,60	0,86	0,40	0,45
37	0,78	0,18	1,13	0,08	0,08	0,45	0,50
4	0,46	0,64	0,38	0,86	0,47	0,56	0,62
6	0,62	0,86	0,38	0,60	0,86	0,66	0,74
3	0,46	0,64	0,76	1,12	0,47	0,69	0,77
12	1,09	0,64	1,13	0,86	0,47	0,84	0,93
14	0,46	1,09	0,76	1,12	1,25	0,93	1,04
5	1,09	1,09	1,13	1,12	1,25	1,14	1,27
7	1,09	1,09	1,13	1,12	1,25	1,14	1,27
					PROMEDIO	0,00	
					DESV.	0,897608369	

Fuente: elaboración propia

Análisis e interpretación de la normalización de variables del Patronato Provincial de Tungurahua

En la tabla 65, se puede identificar una normalización de los índices ajustando los valores medidos en diferentes escalas, en relación a una escala común, previa a un proceso de obtención de promedios.

Se presenta un total de 38 encuestados con los resultados obtenidos en cada índice de medición, dentro del índice de tangibilidad, el encuestado 1 refleja un resultado del (-1,14), que significa insatisfacción en la dimensión de tangibilidad que engloba las instalaciones físicas, equipamiento, señalética, limpieza, protocolos de bioseguridad.

En referencia al índice de fiabilidad equivale a (-1,19) lo que indica inconformidad con los tiempos de espera, incumplimiento de horarios, desinterés de los funcionarios en solucionar problemas, escasa confianza transmitida por los profesionales de salud, falta de equipos de bioseguridad. En la dimensión de capacidad de respuesta se refleja un índice de (-1,13) ya que para el usuario no existe la disposición para resolver problemas, los procesos de cada trámite no son sencillos, y no le brindan una solución para las quejas y reclamos presentados. En cuanto a la dimensión de seguridad el índice es bajo con el (-0,95), sin embargo, existe la insatisfacción por la desconfianza de los medicamentos recibidos, la capacidad de los profesionales, y la falta de explicaciones dadas al usuario. Finalmente, el índice de la dimensión de empatía equivale a (-1,08) como un resultado negativo a los aspectos del trato del personal, y la capacidad de comprender las necesidades y emociones, lo que genera un índice global de (-1,22).

El encuestado 2 refleja un resultado del (0,14), qué significa insatisfacción en la dimensión de tangibilidad que engloba las instalaciones físicas, equipamiento, señalética, limpieza, protocolos de bioseguridad. En referencia al índice de fiabilidad equivale a (0,41) lo que indica conformidad con los tiempos de espera, cumplimiento de horarios, interés de los funcionarios en solucionar problemas, confianza transmitida por los profesionales de salud, falta de equipos de bioseguridad. En la dimensión de capacidad de respuesta se refleja un índice de (0,00) ya que para el usuario presenta una respuesta neutral en la disposición para resolver problemas, los procesos de cada trámite no son sencillos, y le brindan una solución para las quejas y reclamos presentados. Además la dimensión de seguridad el índice es bajo con el (0,34), sin embargo existe la satisfacción por la confianza de los medicamentos recibidos, la capacidad de los profesionales, y las de explicaciones dadas al usuario. Finalmente, el índice de la dimensión de empatía equivale a (0,08) como un resultado positivo a los aspectos del trato del personal, y la capacidad de comprender las necesidades y emociones, lo que genera un índice global de (0,22).

El encuestado número 8 posee el índice global de insatisfacción más alto equivalente a (-3,71) en relación a toda la muestra tomada, mientras que el otro extremo se presentan con el usuario 7 al demostrar un nivel de satisfacción positivo con un índice global de

1,27 que refleja un grado de conformidad considerable en la calidad de la atención del Patronato Provincial de Tungurahua.

Del Índice Global se determina que 15 usuarios que representan el (-10,58) IG manifiestan un nivel de satisfacción deficiente en cuanto al cumplimiento de las dimensiones planteadas en la encuesta, sin embargo 22 usuarios con el 10,58 IG, que representan la mayoría; presentan respuestas positivas en cuanto al nivel de satisfacción en cada uno de los aspectos, es decir se sienten satisfechos con la calidad de la instalaciones físicas, el servicio, la atención del personal médico, el interés para solventar dudas y problemas de los pacientes, y el usuario número 27 representa el punto de referencia para identificar los niveles de satisfacción e insatisfacción.

4.1.3.1.1.2. Normalización de la variable cumplimiento de objetivos estratégicos de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Píllaro

Los resultados de la encuesta SERVQUAL, reflejaron datos determinantes en el nivel de satisfacción de los usuarios, en cada uno de los ámbitos que manejan las instituciones de salud; lo que permitió llevar a cabo una normalización de la variable para trasladarles a una misma métrica de medición para que puedan ser comparables.

A continuación se presenta en la figura 58, se detallan los resultados por dimensiones, así como en la figura 59, los cálculos correspondientes de índices de las dimensiones, de tal manera que permita contar con información para la tabla 66, para alcanzar la normalización de variables de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Píllaro.

Figura 58: Resultados de la encuesta por dimensiones de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro

ENCUESTADO	INSTITUCIÓN	DIMENSIÓN DE TANGIBILIDAD							DIMENSION FIABILIDAD					DIMENSION CAPACIDAD DE RESPUESTA			DIMENSION SEGURIDAD DEL PACIENTE				DIMENSION DE EMPATÍA DE FUNCIONARIOS			
		CODIGO	TE2	TI2	TP3	TL4	TS5	TC6	TB7	FT1	FH2	FI3	FC4	FB5	CRP1	CRT2	CRQR3	SM1	SC2	SE3	SB4	ET1	ETM2	EC3
1	2	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	2	3	3	3	2	3	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3
5	2	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4
6	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
7	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	5	5	5
8	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	2	5	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	4	4	4	4	4
10	2	3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5
11	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	2	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
14	2	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4
15	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	2	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4
17	2	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
18	2	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	2	4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4
22	2	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5
23	2	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4
24	2	3	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	3	3	3	1	1	1	2	4	5	4	4
25	2	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4
26	2	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	4
27	2	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
28	2	1	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3
29	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4
30	2	2	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2
31	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3
33	2	4	4	5	4	3	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
34	2	1	1	2	2	1	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
35	2	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4
36	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
37	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4
38	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 66: Tabla resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro

ENCUEST.	IDT	IDF	IDCR	IDS	IDE	PROMEDIO	IND GLOBAL
13	-1,72	-2,26	-2,13	-1,75	-2,46	-2,07	-2,25
7	-1,98	-2,26	-2,13	-1,99	0,87	-1,50	-1,64
28	-0,96	-0,86	-1,78	-1,03	-0,46	-1,02	-1,12
30	-0,32	-1,06	-1,07	-1,27	-0,80	-0,90	-0,99
3	-0,57	-0,46	-0,36	-1,27	-1,46	-0,82	-0,91
32	-1,21	-0,46	-0,71	-1,27	-0,46	-0,82	-0,91
4	-0,70	-0,46	-1,07	-0,31	-0,80	-0,67	-0,74
34	-1,47	-0,26	-0,71	-0,31	-0,46	-0,64	-0,71
31	-0,70	-0,46	-0,36	-0,79	-0,80	-0,62	-0,69
38	-0,32	-0,66	-0,71	-0,31	-0,80	-0,56	-0,62
20	-0,57	-0,86	-0,36	-0,31	-0,46	-0,51	-0,57
19	-0,44	-0,86	-0,36	-0,31	-0,46	-0,49	-0,54
15	-0,83	-0,46	-0,36	-0,31	-0,46	-0,48	-0,54
36	-0,32	-0,46	-0,36	-0,31	-0,46	-0,38	-0,43
6	-0,06	-0,46	-0,36	-0,55	-0,46	-0,38	-0,42
29	-0,70	-1,06	-0,36	0,17	0,20	-0,35	-0,39
27	-0,44	-0,66	0,00	-0,31	-0,13	-0,31	-0,35
26	-0,57	-0,06	-0,71	-0,07	-0,13	-0,31	-0,35
2	-0,70	-0,06	-0,36	-0,07	-0,13	-0,26	-0,30
35	0,20	-0,46	0,36	0,17	-0,13	0,03	0,01
24	0,71	1,14	-0,36	-1,99	0,87	0,07	0,06
5	0,07	-0,26	0,00	0,41	0,54	0,15	0,15
37	0,58	0,54	0,71	-0,31	0,54	0,41	0,43
17	-0,06	0,54	0,71	0,65	0,54	0,48	0,50
1	0,07	0,54	0,71	0,65	0,54	0,50	0,53

Continúa en la siguiente página

Tabla 66: Tabla resumen de la Normalización de la variable: Cumplimiento de objetivos de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro (Continuación)

ENCUEST.	IDT	IDF	IDCR	IDS	IDE	PROMEDIO	IND GLOBAL
33	0,45	0,74	0,71	0,65	0,54	0,62	0,65
25	0,96	0,74	0,36	0,89	0,54	0,70	0,74
18	0,71	1,14	0,71	0,65	0,54	0,75	0,79
8	1,47	0,74	0,71	0,65	0,54	0,82	0,87
11	1,47	0,74	0,71	0,65	0,54	0,82	0,87
22	0,83	0,94	1,07	0,89	0,87	0,92	0,98
14	1,09	1,14	0,71	1,13	0,54	0,92	0,98
23	1,09	1,14	0,71	0,89	0,87	0,94	1,00
16	1,09	0,74	0,71	1,61	0,87	1,00	1,07
21	1,09	0,94	1,07	1,13	0,87	1,02	1,09
10	0,71	0,94	1,07	1,37	1,20	1,06	1,13
9	0,96	1,54	1,78	0,65	0,54	1,09	1,17
12	1,09	0,74	1,78	1,61	1,54	1,35	1,44
					PROMEDIO	0,01	
					DESV.	0,93	

Fuente: elaboración propia

Análisis e interpretación de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal Santiago de Pillaro

El total de encuestados en la institución de salud es de 38 usuarios con los resultados obtenidos en cada índice de medición, dentro del índice de tangibilidad, el encuestado 1 refleja un resultado del (0,07), que refleja satisfacción en la dimensión de tangibilidad que engloba las instalaciones físicas, equipamiento, señalética, limpieza, protocolos de bioseguridad. En referencia al índice de fiabilidad equivale a (0,54) lo que demuestra conformidad con los tiempos de espera, cumplimiento en los horarios de atención, predisposición del personal en solucionar problemas, confianza transmitida por los

profesionales de salud, además del cumplimiento de los requerimientos y normas de equipos de bioseguridad. En la dimensión de capacidad de respuesta se refleja un índice de (0,71) ya que para el usuario si existe la disposición para resolver problemas, los procesos de cada trámite no son sencillos, y no le brindan una solución para las quejas y reclamos presentados. En cuanto a la dimensión de seguridad el índice equivale a (0,65), lo que refleja confianza con los médicos sumado a los medicamentos administrados, el conocimiento de los profesionales, y las explicaciones dadas al usuario. Se incluye también el índice de la dimensión de empatía que equivale a (0,54) como un resultado positivo a los aspectos del trato del personal, y la capacidad de comprender las necesidades y emociones, lo que genera un índice global de (0,53).

El encuestado número 13 posee el índice global de insatisfacción más alto equivalente a (-2,25) en relación al cálculo del promedio individual por cada índice sobre el promedio global, mientras que el otro extremo se presenta con el usuario 12 al demostrar un nivel de satisfacción positivo con un índice global de 1,44 que refleja el índice más alto en cuanto a la calidad de la atención médica de la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado

El Índice Global de todas las dimensión sujetas a calificación, determina que 19 usuarios que representan el (-14,45) manifiestan un nivel de satisfacción deficiente en cuanto al cumplimiento de las dimensiones planteadas en la encuesta, sin embargo 19 usuarios con el 14,45 IG, que representan la mayoría; presenta respuestas positivas en cuanto al nivel de satisfacción en cada uno de los aspectos, es decir se sienten satisfechos con la calidad de la instalaciones físicas, el servicio, la atención del personal médico, el interés para solventar dudas y problemas de los pacientes.

4.1.3.1.1.3. Análisis comparativo de las dos instituciones de Asistencia Social de Salud

La tabla 67, muestra el resumen de los índices globales de 38 usuarios del Patronato Provincia de Tungurahua, y 38 de la Sección de Desarrollo Social del GAD Municipal

Santiago de Pillaro, dando un total de 76 pacientes que representan la muestra de estudio.

Tabla 67: Comparativa de los índices globales

ENCUESTADO	INDICE GLOBAL PPT	INDICE GLOBAL SDSGAMP
1	-3,71	-2,25
2	-2,66	-1,64
3	-1,22	-1,12
4	-0,85	-0,99
5	-0,68	-0,91
6	-0,45	-0,91
7	-0,28	-0,74
8	-0,25	-0,71
9	-0,21	-0,69
10	-0,14	-0,62
11	-0,05	-0,57
12	-0,04	-0,54
13	-0,01	-0,54
14	-0,01	-0,43
15	-0,01	-0,42
16	0,00	-0,39
17	0,08	-0,35
18	0,10	-0,35
19	0,11	-0,30
20	0,11	0,01
21	0,16	0,06
22	0,17	0,15
23	0,19	0,43

Continúa en la siguiente página

Tabla 67: Comparativa de los índices globales (Continuación)

ENCUESTADO	INDICE GLOBAL PPT	INDICE GLOBAL SDSGAMP
24	0,22	0,50
25	0,31	0,53
26	0,31	0,65
27	0,36	0,74
28	0,44	0,79
29	0,44	0,87
30	0,45	0,87
31	0,50	0,98
32	0,62	0,98
33	0,74	1,00
34	0,77	1,07
35	0,93	1,09
36	1,04	1,13
37	1,27	1,17
38	1,27	1,44
	PROMEDIO	0,00
	DESVIACIÓN	0,90

Fuente: elaboración propia

Análisis e Interpretación de las dos instituciones de Asistencia Social de Salud

Se muestra una comparación de las dos instituciones en relación a los índices globales, dichos índices se obtuvieron en base al cálculo de los índices individuales por cada dimensión de tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía; valores que demuestran los diferentes niveles de satisfacción e insatisfacción. En relación al índice global del Patronato Provincial de Tungurahua que representa (-3,71), y (-2,25) de la Sección de Desarrollo Social, se evidencia que el mayor pertenece a la primera institución reflejando mayor insatisfacción en la calidad de los servicios y

atención de salud. Del otro extremo se presenta los índices globales positivos, tanto el 1,27 para el PPT y el 1,44 para la SDS-GADM Píllaro, como los índices más elevados en referencia a la satisfacción.

En resumen los índices globales para el Patronato Provincial de Tungurahua son de (-0,71) y 0,46 y para la Sección de Desarrollo Social son (-0.87) y 0,76; lo que significa que la primera institución tiene menor insatisfacción por parte de los usuarios a diferencia de la otra institución, por ello es importante mantener una correcta calidad en la atención a través del uso de la ciencia y tecnología que permita maximizar los beneficios y reducir los riesgos, acompañado de un buen trato e interés por los pacientes.

4.1.3.1.1.4. Análisis comparativo entre dimensiones e índices

Además se procedió al análisis de cada una de las dimensiones de la encuesta *SERVQUAL*, tanto de tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía ordenando de acuerdo a los resultados de los diferentes índices para efectuar una comparación entre las dos instituciones. Como se lo puede visualizar en la figura 60,

Figura 60: Comparación entre dimensiones e índices

INSTITUCIÓN	IDT				IDF				IDCR				IDS				IDE			
	Satisfecho	ID	Insatisfecho	ID	Satisfecho	ID	Insatisfecho	ID	Satisfecho	ID	Insatisfecho	ID	Satisfecho	ID	Insatisfecho	ID	Satisfecho	ID	Insatisfecho	ID
PATRONATO	24	0,44	14	-0,75	24	0,48	14	-0,83	29	0,39	9	-1,26	27	0,46	11	-1,12	29	0,38	9	-1,21
SDS GADM PILLARO	18	0,81	20	-0,73	17	0,88	21	-0,71	19	0,77	19	-0,77	18	0,83	20	-0,74	20	0,7	18	0,63

Fuente: elaboración propia

Análisis de las dimensiones del Patronato Provincial de Tungurahua

Dentro del Patronato Provincial de Tungurahua, se evidencia que el Índice de la dimensión de Tangibilidad (IDT) tiene como resultado 24 usuarios con un índice de 0,44 con percepciones positivas en cuanto a la calidad de la atención y servicio, mientras que 14 usuarios (-0,75) corresponden al nivel de insatisfacción.

En la dimensión de fiabilidad 24 usuarios con un índice IDF de 0,48 determinan el grado de satisfacción positivo del funcionamiento de las diferentes áreas en relación al tiempo de espera para recibir la atención médica y 14 usuarios (-0,83), tienen opiniones negativas en este aspecto.

Con relación al índice de la dimensión capacidad de respuesta IDCR, 29 pacientes equivalentes a 0,39 que representan la mayoría de encuestados muestran respuestas positivas y están conformes con el servicios prestado, mientras que 9 (-1,26) muestran lo contrario.

Con respecto a la dimensión de seguridad, el IDS equivale a 0,46 de 27 usuarios que se muestran convincentes con los servicios y personal de salud, por otra parte 11 usuarios (-1,12) no se encuentran conformes y muestran inseguridad.

Finalmente la dimensión de empatía refleja que 29 usuarios con un índice de 0,38 están de acuerdo con el trato brindado por todo el personal de la institución, y la percepción de emociones y sentimientos, por el contrario únicamente 9 (-0,21) reflejan su insatisfacción.

Como se observa, las dimensiones con relevante valoración negativa son de tangibilidad y fiabilidad, es decir se convierten en las de menor cumplimiento, por ello cabe enfatizar en los aspectos físicos que abarca la imagen de las instalaciones, equipos médicos, limpieza, señalética, comodidad del paciente en todas las áreas, sumado a otros puntos débiles como el cumplimiento de horarios, explicaciones dadas. Es necesario resaltar en la implementación de medidas de mejora para corregir las deficiencias presentadas

en las dimensiones de calidad detalladas, con el fin de alcanzar el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos por el Patronato Provincial de Tungurahua.

Análisis de las dimensiones de la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro

El usuario evalúa la calidad del servicio a través de su percepción, por ello los resultados del estudio evidencian que en la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro, el Índice de la dimensión de Tangibilidad (IDT) tiene a 18 usuarios con un índice de 0,81 con apreciaciones positivas en cuanto a la calidad de la atención y servicio, mientras que 20 usuarios (-0,73) corresponden a una valoración de negativa de satisfacción.

Dentro de la dimensión de fiabilidad 17 usuarios con un índice IDF de 0,88 determinan el grado de satisfacción positivo del funcionamiento de las diferentes áreas en relación al tiempo de espera para recibir la atención médica y 21 usuarios (-0,71), tienen opiniones negativas en este aspecto.

Se evidencia que en el índice de la dimensión capacidad de respuesta IDCR, 19 pacientes equivalentes a 0,77 que representan la mitad de encuestados muestran respuestas positivas en cuanto a la disposición del personal y a un servicio rápido, mientras que 19 (-0,77) muestran un nivel negativo de calidad de atención, por la falta de rapidez en la solución de problemas, agilidad.

La dimensión de seguridad se refiere a la confianza transmitida, las capacidades, conocimientos del personal, en relación a esta dimensión 18 usuarios con un IDS 0,83 que se muestran convincentes con la atención recibida, por otra parte 20 usuarios (-0,74) muestran negatividad, demostrando que son aspectos débiles.

Se suma la dimensión de empatía IDE con 20 usuarios con un índice de 0,70 que perciben positivismo con la capacidad del personal al ponerse en el lugar de otra persona, entender las necesidades requeridas, y por el contrario 18 (-0,63) reflejan niveles escasos de satisfacción.

Después de realizar el análisis individual por cada una de las dimensiones, se determina que la dimensión de fiabilidad, es la que posee más falencias ya que el mayor número de usuarios calificaron como puntos débiles a los aspectos de tiempo de espera para la atención, debido a la falta de cumplimiento en los horarios de atención pese a existir un agendamiento previo de citas, escasa confianza transmitida por el personal de salud, por ello es importante realizar una correcta gestión de procesos, para evitar estancamiento y dar agilidad en el servicio, sumado a capacitaciones a los funcionarios, el cumplimiento correcto de los protocolos de bioseguridad para evitar la generación de riesgos que afecten la integridad de los pacientes así como de la institución

Dentro de las dimensiones mejor valoradas se encuentra la empatía ya que refleja un nivel de expectativas altas por parte de los usuarios ya que el trato del equipo de salud es adecuado, existe una relación cercana entre médico-paciente.

4.2. Comprobación de la Hipótesis

Espinoza (2018), indica que la hipótesis es una propuesta tentativa para dar respuestas y soluciones al problema de investigación, además presente una relación esperada entre las variables dependiente e independiente. Toda hipótesis debe ser sometida a una comprobación en la que el investigador somete a una prueba por medio de técnicas y métodos de contrastación con el fin de ser aceptada o rechazada, en base a la observación y experimentación de la realidad. En el presente proyecto de investigación, los datos obtenidos fueron el resultado de la aplicación de técnicas como la encuesta y la Matriz de Modelo de Madurez del Control Interno, mismas que permitieron efectuar la comprobación de la hipótesis. En la tabla 68, se detalla el planteamiento de la hipótesis.

Tabla 68: Planteamiento de la hipótesis

Hipótesis	Instrumento de validación
-----------	---------------------------

Continúa en la siguiente página

Tabla 68: Planteamiento de la hipótesis (Continuación)

Hipótesis	Instrumento de validación
La regularización de los riesgos internos SI incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.	Encuestas a los usuarios de las instituciones de Asistencia Social de Salud. Coeficiente de Correlación de Pearson

Fuente: elaboración propia

4.2.1. Modelo lógico

(*H₀*) Nula = La regularización de los riesgos internos no inciden en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

(*H₁*) Alternativa = La regularización de los riesgos internos incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

4.2.2. Modelo matemático

El modelo utilizado es el Coeficiente de Correlación de Pearson que es una prueba que permite medir la relación estadística entre las variables de estudio, tanto la variable dependiente (cumplimiento de objetivos) y la variable independiente (regularización de riesgos). A continuación se muestra la respectiva fórmula aplicada para obtener los coeficientes:

$$r = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Simbología:

r = coeficiente de Pearson

n = número de pares del stock

$\sum xy$ = suma de variables

$\sum x$ = suma de las puntuaciones x

$\sum y$ = suma de las puntuaciones y

$\sum x^2$ = suma de las puntuaciones x al cuadrado

$\sum y^2$ = suma de las puntuaciones y al cuadrado

El coeficiente tiene un rango de valores de +1 a -1, además puede reflejar un valor de 0 el que indica que no existe ninguna relación entre las variables, y si es mayor que 0 representa una relación positiva.

4.2.3. Cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson

Los datos obtenidos son los porcentajes totales de las diferentes dimensiones de la encuesta SERVQUAL tanto del Patronato Provincial de Tungurahua y de la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal Santiago de Píllaro, como se muestra en la siguiente tabla 69:

Tabla 69: Resumen de las dimensiones de SERVQUAL

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35
FIABILIDAD	4,04	3,46
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	4,00	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	80 %	68 %

Fuente: elaboración propia

Se presentaron las valoraciones de las 5 dimensiones, se tomó como referencia los promedios individuales, reflejando un promedio total de 4 para el Patronato Provincial de Tungurahua, y 3,40 para la Sección de Desarrollo Social, dando como porcentaje total del 0,80 y 0,68 respectivamente.

Después del análisis de la matriz del Modelo de Madurez del Control Interno, los porcentajes totales de los componentes de Control Interno, de las dos instituciones de asistencia social de salud detallada en la tabla 70.

Tabla 70: Componentes del Control Interno

Componente	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
ENTORNO DE CONTROL	62	66
EVALUACION DE RIESGOS	78	60

Continúa en la siguiente página

Tabla 70: Componentes del Control Interno (Continuación)

Componente	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
ACTIVIDADES DE CONTROL	91	59
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	64	37
SUPERVISIÓN	80	56
TOTAL	375	278
CALIFICACIÓN TOTAL	500	500
PORCENTAJE	75 %	56 %

Fuente: elaboración propia

Se obtienen como resultados los porcentajes correspondientes a cada uno de los componentes del control interno de las dos instituciones, para obtener una misma métrica de medición, reflejando el 75 % del Patronato Provincial de Tungurahua y el 56% de la Sección de Desarrollo Social. Se evidencia que la Sección de Desarrollo Social tiene un control interno deficiente en relación a la otra institución, es importante tomar atención en el manejo de cada uno de los componentes detallados en la tabla 71.

Tabla 71: Correlación del Coeficiente de Pearson

Variables	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,80	0,75
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,56

Fuente: elaboración propia

El resultado del coeficiente de correlación de la tabla 71, es igual a 1. Dónde se considera los rangos siguientes de puntuación:

Rangos de puntuación de resultados

- $r = -1$ = Correlación inversa perfecta
- $r = 0$ = No hay correlación
- $r = 1$ = Correlación directa perfecta

Análisis

De forma global entre los porcentajes de las dimensiones, y los componentes del control interno, en base a los porcentajes totales se obtiene r . Como se aprecia en la tabla, existe una correlación de 1, lo cual indica una relación directa perfecta entre las variables, es decir que el cumplimiento de los objetivos estratégicos depende de los riesgos que se presentan en las instituciones de salud, ya que a mayor Riesgo menor Cumplimiento de objetivos.

4.2.3.1. Comprobación de la hipótesis en base a cada componente

4.2.3.1.1. Entorno de Control

En las tablas 72, 73 y 74, resumen las dimensiones SERVQUAL en base al componente de entorno de Control.

Tabla 72: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de entorno de Control

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35

Continúa en la siguiente página

Tabla 72: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de entorno de Control
(Continuación)

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
FIABILIDAD	4,04	3,46
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	3,97	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	0,79	0,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 73: Componente Entorno de Control

Componente	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
ENTORNO DE CONTROL	62,00	66,00
TOTAL	62,00	66,00
CALIFICACIÓN TOTAL	100,00	100,00
PORCENTAJE	0,62	0,66

Fuente: elaboración propia

Tabla 74: Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente

VARIABLES	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,8	0,62
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,66

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de *Pearson* del entorno de control, es igual a: $r = -1$.

Análisis

Después de efectuar una relación entre las dimensiones de calidad del servicio con el entorno de control que está compuesto por normas, procesos, valores éticos, se evidencia que existe un resultado de $r = -1$, lo que significa una correlación negativa perfecta entre las variables, es decir una relación inversa, ya que a medida que la variable de riesgos aumenta, por ende el cumplimiento de objetivos disminuye.

4.2.3.1.2. Evaluación de riesgos

En las tablas 75, 76 y 77, resumen las dimensiones SERVQUAL en base al componente de la evaluación de riesgos.

Tabla 75: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la evaluación de riesgos

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35
FIABILIDAD	4,04	3,46

Continua en la siguiente página

Tabla 75: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la evaluación de riesgos
(Continuación)

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	4,00	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	0,80	0,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 76: Componente evaluación de riesgos

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
EVALUACION DE RIESGOS	78,00	60,00
TOTAL	78,00	60,00
CALIFICACIÓN TOTAL	100,00	100,00
PORCENTAJE	0,78	0,60

Fuente: elaboración propia

Tabla 77: Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente, de la evaluación de riesgos

Variables	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,80	0,78
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,60

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de *Pearson* de la evaluación de riesgos, es igual a: $r = -1$.

Análisis

Se evidencia que en este caso la hipótesis se cumple ya que existe una correlación directa perfecta de $r = 1$, es decir presenta una relación lineal positiva, ya que el cambio de una variable predice el cambio de la otra.

Es así que las dimensiones de la calidad en el servicio que representan el cumplimiento de objetivos, sufre cambios si el nivel de los riesgos incrementa, de tal manera el componente de la evaluación de riesgos incide directamente ya que es el proceso clave direccionado a la identificación y gestión de dichos riesgos para cumplir con la consecución de los objetivos.

4.2.3.1.3. Actividades de Control

En las tablas 78, 79 y 80, resumen las dimensiones SERVQUAL en base al componente de las actividades de control.

Tabla 78: Resumen de las dimensiones SERVQUAL, de las actividades de control

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35
FIABILIDAD	4,04	3,46
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	4,00	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	0,80	0,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 79: Componente actividades de control

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
ACTIVIDADES DE CONTROL	91,00	59,00
TOTAL	91,00	59,00
CALIFICACIÓN TOTAL	100,00	100,00
PORCENTAJE	0,91	0,59

Fuente: elaboración propia

Tabla 80: Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de las actividades de control

Variables	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,80	0,91
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,59

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de Pearson de las actividades de control, es igual a: $r = 1$.

Análisis

En base a la hipótesis planteada se evidencia que existe una correlación del coeficiente de Pearson $r = 1$, en donde las dos variables se relacionan directamente, ya que las actividades de control al ser acciones que se manifiestan por medio de políticas, procedimientos, y que permiten que se ejecuten las actividades establecidas por la administración con el fin de mitigar los riesgos hacen que genere mayor influencia en los objetivos estratégicos de las instituciones de asistencia social de salud.

4.2.3.1.4. Información y Comunicación

En las tablas 81, 82 y 83, resumen las dimensiones SERVQUAL en base al componente de las actividades de control.

Tabla 81: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de la información y comunicación

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35
FIABILIDAD	4,04	3,46
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	4,00	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	0,80	0,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 82: Componente información y comunicación

Componente	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	64,00	37,00
TOTAL	64,00	37,00
CALIFICACIÓN TOTAL	100,00	100,00
PORCENTAJE	0,64	0,37

Fuente: elaboración propia

Tabla 83: Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de la información y comunicación

Variables	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,80	0,64
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,37

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de Pearson de la información y comunicación, es igual a:
 $r = 1$.

Análisis

La correlación refleja un resultado de $r = 1$, es decir una correlación positiva perfecta en relación al componente de control interno de Información y Comunicación. Consecuentemente, las dimensiones de tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía dependen del manejo correcto de la comunicación clara y confiable de todos los eventos que suceden externa e internamente en la institución, como parte vital para el logro de los objetivos.

4.2.3.1.5. Supervisión

En las tablas 84, 85 y 86, resumen las dimensiones SERVQUAL en base al componente de las actividades de control.

Tabla 84: Resumen de las dimensiones SERVQUAL de supervisión

Dimensiones	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	4,11	3,35
FIABILIDAD	4,04	3,46
CAPACIDAD DE RESPUESTA	4,00	3,33
SEGURIDAD	3,92	3,32
EMPATÍA	3,93	3,53
PROMEDIO	4,00	3,40
CALIFICACIÓN TOTAL	5,00	5,00
PORCENTAJE	0,80	0,68

Fuente: elaboración propia

Tabla 85: Componente de supervisión

Componentes	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
SUPERVISIÓN	80,00	56,00
TOTAL	80,00	56,00
CALIFICACIÓN TOTAL	100,00	100,00
PORCENTAJE	0,80	0,56

Fuente: elaboración propia

Tabla 86: Resumen de los porcentajes de las variables dependiente e independiente de supervisión

Variables	Cumplimiento de objetivos	Regularización de riesgos
PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA	0,80	0,80
SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL	0,68	0,56

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de Pearson de la supervisión, es igual a: $r = 1$.

Análisis

Dentro del componente de supervisión se determina un coeficiente equivalente a $r = 1$, lo que forma una línea perfecta es decir una correlación directa perfecta, ya que se evidencia que si una variable aumenta la otra variable también se incrementa. Es así, que la supervisión o monitoreo permite comprobar que exista un funcionamiento normal del sistema de control interno, por medio de evaluaciones y actividades que se enfoquen en los riesgos que necesitar de un control y mitigación ya que de ello depende que se cumpla con las diferentes dimensiones que conforman la calidad de servicio, y brindan una seguridad razonable de que los objetivos estratégicos van a cumplirse.

4.2.3.2. Análisis global de la hipótesis en relación a las dimensiones y componentes del control interno

En la tabla 87, se presenta los resultados del análisis global de la hipótesis en relación a las dimensiones y componentes del control interno.

Tabla 87: Análisis global de la hipótesis en relación a las dimensiones y componentes del control interno

Detalle	Patronato Provincial de Tungurahua	Sección de Desarrollo Social
TANGIBILIDAD	0,82	0,67
FIABILIDAD	0,81	0,69
CAPACIDAD DE RESPUESTA	0,80	0,67
SEGURIDAD	0,78	0,66
EMPATÍA	0,79	0,71
ENTORNO DE CONTROL	0,62	0,66
EVALUACION DE RIESGOS	0,78	0,60
ACTIVIDADES DE CONTROL	0,91	0,59
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	0,64	0,37
SUPERVISION	0,80	0,56

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la correlación de *Pearson* global de la hipótesis en relación a las dimensiones y componentes del control interno, es igual a: $r = 0,38$.

Análisis

Como se aprecia en la tabla, existe una correlación de 0,38, lo que indica una relación directa medianamente fuerte entre las dimensiones y los componentes de control interno, por ende la tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía que son dimensiones que el usuario analiza dentro de las instituciones de asistencia social de salud al momento de recibir el servicio y se transforman en marcadores

determinantes para el cumplimiento de los objetivos; están ligados a cada uno de los componentes de control interno desde el entorno de control hasta la supervisión y evaluación.

Verificación de la hipótesis

En el análisis cuantitativo por medio de la aplicación de las encuestas a los usuarios de las instituciones de asistencia social de salud, y el desarrollo de la matriz del Modelo de Madurez del Control Interno, mediante el estadístico del coeficiente de la correlación de *Pearson* permite RECHAZAR la hipótesis nula, por ende, ACEPTAR la hipótesis de alternativa de investigación.

H1 = La regularización de los riesgos internos SI incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En referencia al diagnóstico de la realidad actual de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua, por medio de la aplicación de la encuesta *SERVQUAL (Service Quality)*, es necesario destacar que:
 - Por lo tanto, una vez analizada la información de las dos variables de estudio, se evaluó las dimensiones de calidad del servicio dentro de la variable dependiente con el fin de conocer el cumplimiento de los objetivos estratégicos de las dos instituciones de asistencia social de salud. De tal manera dentro del Patronato Provincial de Tungurahua, se refleja que del total de la muestra sometida a las encuestas en base al índice global veinte y tres usuarios muestran un nivel satisfactorio, mientras que quince usuarios están insatisfechos.
 - Adicional a lo antes mencionado en las dimensiones relevantes en el Patronato con una valoración negativa son de tangibilidad y fiabilidad, es decir se convierten en las de menor cumplimiento. Así también, la dimensión de capacidad de respuesta posee el mayor cumplimiento, debido a que los usuarios perciben un servicio eficiente y eficaz en relación a la solución de las quejas, reclamos, trámites y procesos ágiles y con la presencia de personal capacitado para solventar los problemas.
 - En cambio, en la Sección de Desarrollo Social la fiabilidad, es la que posee más falencias, en cambio la de mayor valoración es la empatía.

- Al analizar la regularización interna de riesgos por medio del Modelo de Madurez del Control Interno, en el Patronato Provincial de Tungurahua, se evidencia que dentro de los componentes con mayor cumplimiento son las actividades de control con el 91 %, por medio de procedimientos direccionados a la mitigación y neutralización de los riesgos; mientras que el componente con la menor ponderación es el entorno de control equivalente al 62 %. Además se debe mencionar que el mismo presenta un nivel de confianza moderado del 75 %, acompañado de un nivel de riesgo del 25 % calificado como bajo. Con el mismo análisis la Sección de Desarrollo Social del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Santiago de Pillaro, el entorno de control presentó el cumplimiento más elevado con el 66 %, que es la base del resto de componentes, debido a que se engloba el comportamiento, valores éticos, estructura organizativa y de funciones. A su vez la información y comunicación refleja el 37 %, lo que representa una baja profundización en dicho componente, por lo cual, el nivel de confianza equivale al 56 % con una calificación moderada, y su nivel de riesgo es del 44 %, que significa un nivel alto de riesgos para la institución.
- Respecto a la incidencia entre la variable de la regularización interna de los riesgos de los sistemas de control y su relación con la consecución de los objetivos estratégicos de las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua. Se determina que, después de efectuar los análisis correspondientes, se cumplió con el objetivo de la investigación, pues de acuerdo a la aplicación del coeficiente de correlación de *Pearson*, los resultados reflejan un coeficiente $r = 1$, lo cual indica una correlación directa perfecta, por lo que se concluye que se acepta la hipótesis alterna planteada, la cual determina que: la regularización de los riesgos internos si incide en el cumplimiento de los objetivos estratégicos en las Instituciones de Asistencia Social de Salud de la Provincia de Tungurahua.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer el seguimiento de los objetivos estratégicos, a través del desarrollo y aplicación de indicadores que sirvan como herramientas de evaluación, control y retroalimentación, al considerar las diferentes dimensiones *SERVQUAL*, mismas que miden la calidad del servicio en la tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, para que de esta manera cada institución de salud cuente con información que aporte valor al mejoramiento integral del servicio de salud que ofrecen a la colectividad. Adicional a lo antes mencionado se resalta que para mejorar la administración de riesgos y su ámbito de control es importante enfocarse en el modelo *COSO*, la cual brinda a las instituciones, las actividades que les permiten identificar específicamente la búsqueda de eventos que afecten a su eficiente servicio de salud.
- Ahora es importante indicar que las Instituciones de Asistencia Social de Salud mantienen un correcto sistema de la regularización de los riesgos, enfocados en un análisis integral, en el que se involucre a todo el personal con el fin de ejecutar sistemas y procesos que regulen el servicio de salud, y se alcance la mitigación de riesgos operativos, estratégicos, financieros, de salud; con énfasis en los de mayor impacto para los pacientes de tal manera que se cumpla con los objetivos estratégicos planteados. Para lo cual el seguimiento de las diferentes dimensiones *SERVQUAL*, se lo debe realizar cada seis meses de tal manera que se puedan identificar los riesgos, para generar una eficiente retroalimentación en el servicio de salud.
- Por último, el resultado técnico del presente proyecto de investigación sirva como un referente técnico líneas de investigación futuras, similares en la problemática de los servicios de salud con carácter social. Además, que una vez finalizada la crisis provocada por la pandemia del COVID-19, se profundice aún más en la temática estudiada, de manera que pueda ser aplicada en otras organizaciones que brindan los mismos servicios de salud. La labor ejecutada por el Patronato Provincial de Tungurahua y por la Sección de Desarrollo Social

del Gobierno Descentralizado Municipal del Cantón Santiago de Píllaro, sean replicadas por otras instituciones públicas, de tal forma que se analicen las causas o los diferentes procesos que influyeron, para que el Patronato Provincial de Tungurahua tenga índices más altos en el cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos.

5.3. REFERENCIAS

Abascal, E., & Grande, I. (2016). *Análisis de encuestas* . ESIC Editorial.

Almaguer, M., & Pérez, M. (2017). *La Administración del riesgo: cómo distinguir un buen riesgo de una mala apuesta?* <https://www.redalyc.org/pdf/1815/181524305014.pdf>

Arias, F. (2016). El proyecto de investigación. Recuperado de <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed-FIDIAS-G-ARIAS.pdf>

Arias, F. (2019). *Revista Actividad Física y Ciencias, vol 11, No2, 2019* . Fidas G. Arias Odón.

Asamblea Constituyente. (2016). Constitución de la Republica del Ecuador, 218.

Asamblea Nacional de Ecuador. (2016). *LEY ORGANICA DE SERVICIO PUBLICO, LOSEP* . 56.

Asamblea Nacional de Ecuador. (2016). Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización. Recuperado de http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_org.pdf

Baca, G., Solares, P., & Acosta, E. (2016). *Administración Informática I: Análisis y Evaluación de Tecnologías de Información*. Grupo Editorial Patria.

Brealey, R., Myers, S., & Allen, F. (2016). *Principios de finanzas corporativas*. McGraw Hill Interamericana.

Campos, G., & Lule, N. (2016). *La Observación Un Método Para El Estudio De La Realidad*.

Contraloría General del Estado Ecuatoriano. (2016). *Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado*. Recuperado de <http://ai.espe.edu.ec/wp-content/uploads/2012/07/Ley-Org%C3%A1nica-de-la-Contralor%C3%ADa-General-del-Estado.pdf>

Contraloría General del Estado. (2020). *Gestión gubernamental*. Recuperado de <https://www.contraloria.gob.ec/documentos/normatividad/MANUAL%20AUDGESTION%201.pdf>

Cordero, T., & Ordoñez, J. (2016). *Auditoría de gestión a la empresa Pecalpa Cía. Ltda.* 305.

Espinosa, V., De la Torre, D., Acuña, C., & Cadena, C. (2017). Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e52. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e52/es/>

Espinoza, E. (2018). *La hipótesis en la investigación* . 16 (1), 18.

Estupiñán, R. (2016). *Administración de riesgos E R M y la auditoria interna* . ECOE EDICIONES.

Estupiñán, R., & Niebel, B. (2016). *Control interno y fraudes: análisis de informe COSO I, II y III con base en los ciclos transaccionales* . Ecoe Ediciones.

Figueroa, V. (2016). *El Riesgo de Auditoria y sus Efectos Sobre el Trabajo del Auditor Independiente* . <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3201923>

Fonseca, O. (2017). *Auditoria Gubernamental Moderna* . IICO.

Forrellat, M. (2016). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Medwave* .

Franklin, E. (2016). *Auditoria Administrativa Gestion Estrategica del Cambio* . Pearson Educación.

Gamboa, J., Puente, S., & Franco, P. V. (2016). Importancia del control interno en el sector público. *Revista Publicando* , 3 (8), 487–502. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/316>

Ger, S. (2017). *Aplicación de un sistema de control interno aplicando coso ii para la compañía de transporte pesado Transurgint s.a. ubicada en la provincia del*

Carchi, cantón Tulcán de república del Ecuador .

Hernández, R. (2016). *Metodología de la Investigación .*

IsoTools Excellence. (2021). *Definición del riesgo empresarial y principales tipos .*
[https://www.isotools.org/2019/08/12/definicion del riesgos empresariales y principales tipos /](https://www.isotools.org/2019/08/12/definicion-del-riesgo-empresarial-y-principales-tipos/)

Londoño, L., & Núñez, M. (2016). *Diagnóstico en grandes empresas del Área Metropolitana del Valle de Aburrá .* 19.

Mallar, M. (2016). *La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente,* 23.

Mesias, O. (2018). *La investigación cualitativa.* Recuperado de https://www.academia.edu/22351468/LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). *Normativa Presupuestaria Codificación.*
Recuperado de [https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/04/Normativa Presupuestaria Codificaci%C3%B3n 5 de abril de 2018 OK ilovepdf compressed.pdf](https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/04/Normativa-Presupuestaria-Codificaci%C3%B3n-5-de-abril-de-2018-OK-ilovepdf-compressed.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Seguridad del Paciente Usuario .*
[http://www.hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual de seguridad del paciente usuario SNS.pdf](http://www.hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf)

Morales, A. (2018). *Evaluación del modelo COSO II en la unidad de compras de la empresa Novicompu* . 90.

OBS Business School. (2017). La gestión por procesos, qué ventajas tiene? Recuperado de <https://obsbusiness.school/es/blog/investigacion/direccion-general/la-gestion-por-procesos-que-ventajas-tiene>

OECD. (2017). *Estudio de la OCDE sobre el proceso presupuestario en México* . OECD Publishing.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia, y la Cultura. (2020). *Informe Mundial de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos 2019: no dejar a nadie atrás* . UNESCO Publishing.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *OMS | Qué es un sistema de salud?* WHO. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Oviedo, H., & Campo, A. (2017). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 4 , 10.

Pérez, B., Molina, T., & Lechuga, N. (2016). *Métodos cuantitativos. Herramientas para la investigación en salud 4ed* . Universidad del Norte.

Pérez, J. (2017). *Gestión por procesos* . ESIC Editorial.

Pilco, J., & Fernández, M. (2020). Evaluación de la atención de un hospital público del Ecuador. *Sinergias Educativas* , 5 (1). <https://doi.org/10.37959/se.v5i1.54>

Rodríguez, E. (2020). *Indicadores de Gestión* . 36.

Rojas, W. (2016). Diseño de un sistema de control interno en una empresa comercial de repuestos electrónicos. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/03/03_3046.pdf

Sorj, B., & Martuccelli, D. (2016). *El desafío latinoamericano: cohesión social y democracia* . SciELO Centro Edelstein.

Stake, R. (2018). *Investigación con estudio de casos* . Ediciones Morata.

Suástegui, C., Isela, B., & Ibarra, C. (2017). La gestión administrativa y la calidad de los servicios de salud en instituciones pequeñas en Mazatlán, Sinaloa., 13.

Tancara, C. (2016). La investigación documental. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n17/n17a08.pdf>

Universidad Austral de Chile. (2016). *Bosque* . Universidad Austral de Chile.

Vega, L., & Gonzáles, L. (2017). Diagnóstico estadístico del control interno en una institución hospitalaria. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhem/v16n2>

/rhcm15217.pdf

Vega, L., & Lao, Y. (2017). Propuesta de un índice para evaluar la gestión del control interno. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cya/v62n2/01861042cya620200683.pdf>

Vega, L., & ReyesII, L. (2017). *Diagnóstico estadístico del control interno en una institución hospitalaria*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n2/rhcm15217.pdf>

Wagner, W. (2017). *Using IBM SPSS Statistics for Social Statistics and Research Methods*. SAGE.

ANEXO A: ANÁLISIS DEL MODELO DE MADUREZ DEL CONTROL INTERNO DEL PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA

Asunto	Puntaje obtenido	Grado de madurez	Atención requerida	Estado siguiente	Condiciones esperadas para alcanzar el estado siguiente	Definición de acciones concretas por parte de la Administración Activa
ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	77	Diestro	Media	Experto	Criterio	Acciones por realizar
Sección 1 — ENTORNO DE CONTROL	62	Competente	Media	Diestro	Emprender acciones para:	
Principio N.1.- La organización demuestra compromiso por la integridad y valores	85	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Dentro del PATRONATO PROVINCIAL DE TUNGURAHUA la Dirección será la encargada de llevar un manejo y control adecuado en cuanto a los valores organizacionales .
Punto de enfoque N.1.- Define el "Tone at the Top"-La junta directiva y la gerencia en todos los niveles de la entidad demuestran a través de sus directivas, acciones y comportamiento la importancia de la integridad y los valores éticos para respaldar el funcionamiento del sistema de control interno.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	La Junta Directiva y la administración definirá estándares de conducta para una cultura organizacional correcta y sean comprendidos totalmente en los niveles de la organización y por parte de proveedores de servicios y socios comerciales subcontratados.
Punto de enfoque N.2.-Establece los estándares de conducta.-Las expectativas de la junta directiva y la alta gerencia con respecto a la integridad y los valores éticos se definen en los estándares de conducta de la entidad y se comprenden en todos los niveles de la organización y por parte de proveedores de servicios y socios comerciales subcontratados.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	La Junta Directiva y la gerencia establecerá claramente y documentará las normas de conducta para todos los niveles de la organización como también para proveedores y socios comerciales.
Punto de enfoque N.3.-Evalúa el acatamiento de los estándares de conducta.-Existen procesos para evaluar el desempeño de individuos y equipos en comparación con los estándares de conducta esperados de la entidad.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se continuará con el establecimiento de procesos y personas quienes puedan evaluar el cumplimiento de las normas de conducta , asignando responsabilidades, y desarrollando medidas de desempeño todo ello para evaluar el rendimiento.
Punto de enfoque N.4 .-Alfende las desviaciones manera oportuna.Las desviaciones de los estándares de conducta esperados de la entidad se identifican y remedian de manera oportuna y consistente.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Necesariamente se dararrollara planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno y así tomar las medidas correctivas para el desempeño del Patronato Provincial de Tungurahua.
Principio N.2.-El consejo de administración demuestra independencia de la dirección y ejerce supervisión del desempeño del sistema de control interno.-La junta directiva demuestra independencia de la administración y ejerce la supervisión del desarrollo y el desempeño del control interno.	38,4	Novato	Alta	Competente	Novato:	La Dirección implementará un Comité de Ética encargado de ejecutar toda las actividades pertinentes llevar un proceso idóneo del manejo de valores, conducta y la cultura organizacional.
Punto de enfoque N.1.- Se establece responsabilidades de supervisión.-La junta directiva identifica y acepta sus responsabilidades de supervisión en relación con los requisitos establecidos y expectativas.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Se llevará a cabo un seguimiento a la junta directiva para que identifique las responsabilidades más elevadas de supervisión de acuerdo a los requisitos establecidos que considera más importantes y con sus expectativas.
Punto de enfoque N.2.-Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Establecer una política y procedimiento donde se pueda definir, mantener y evaluar periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias de todos los miembros.
Punto de enfoque N.3.-Opera independientemente.-El consejo de administración tiene suficientes miembros que son independientes de la administración y objetivos en las evaluaciones y la toma de decisiones.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Para alcanzar la independencia se designará miembros , así como definir objetivos en las evaluaciones y toma de decisiones. a través de políticas claramente definidas sobre la necesidad de una independencia y objetividad para así poder participación para la toma de decisiones.

Punto de enfoque N.4 -Provee supervisión al sistema de control interno.-La junta directiva retiene la responsabilidad de supervisión del diseño, la implementación y la conducta de control de la administración.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Con el Directorio y la Administración supervisar todo el diseño, implementación y conducta del sistema de control interno de la Institución de asistencia social de salud.
Punto de enfoque N.5.- Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Para lograr miembros competentes e idóneos es importante establecer formas donde se pueda definir, mantener y evaluar periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias.
Principio N.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.-La gerencia establece, con supervisión de la junta, estructuras, líneas de reporte y autoridades y	66,6666667	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se ejecuta evaluaciones periódicas en la estructura, las líneas de reporte y los niveles de autoridad y responsabilidad asignados con respecto al cumplimiento de objetivos.
Punto de enfoque N.1.- Considera todas las estructuras de la entidad.-La administración y la junta directiva consideran las múltiples estructuras utilizadas (incluidas las unidades operativas, las entidades legales, la distribución geográfica y los proveedores de servicios subcontratados) para respaldar el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La administración del Patronato Provincial de Tungurahua y la junta directiva debe mantener la consideración total y ejecutar un trabajo integrado con todas las estructuras múltiples incluyendo a unidades operativas, entidades legales, distribución geográfica, proveedores de servicios subcontratados para una mejora continua.
Punto de enfoque N.2.- Establece líneas de reporte.-La gerencia diseña y evalúa líneas de informes para cada estructura de la entidad para permitir la ejecución de las autoridades y responsabilidades y el flujo de información para administrar las actividades de la entidad.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se debe continuar con el análisis, evaluación de las líneas de informe para cada estructura de la entidad para permitir la ejecución de las autoridades y responsabilidades y el flujo de información para administrar las actividades de la entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se define asignación y limitación de autoridades y responsabilidades.-La administración y el consejo de administración delegan la autoridad, definen responsabilidades y utilizan los procesos y la tecnología apropiados para asignar responsabilidades y segregar las tareas según sea necesario en los diversos niveles de organización.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	La administración y el consejo de administración definirán responsabilidades y utilizarán los procesos y la tecnología apropiados para asignar responsabilidades y segregar las tareas según sea necesario en los diversos niveles de organización.
Principio N.4.- La organización demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, en alineación con los objetivos de la organización.-La organización demuestra un compromiso para atraer, desarrollar y retener personas competentes en alineación con los objetivos.	70	Diestro	Media	Experto	Diestro:	En la Institución de salud se pondrá en marcha un plan de capacitación para motivar, atraer y retener a profesionales competentes que aporten al cumplimiento de los objetivos estratégicos para lograr servicios de calidad y la satisfacción de los pacientes.
Punto de enfoque N.1.- Establecimiento de políticas y procedimientos.-Las políticas y prácticas reflejan las expectativas de competencia necesarias para apoyar el logro de los objetivos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	El Patronato establecerá políticas y procedimientos en base a las necesidades para apoyar el logro de los objetivos.
Punto de enfoque N.2.-Evaluación de las competencias y tratamiento de las deficiencias.-El consejo de administración y la gerencia evalúan la competencia en la organización y en proveedores de servicios subcontratados en relación con las políticas establecidas y prácticas, y actuar según sea necesario para hacer frente a las deficiencias.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Administración conjuntamente con el Directorio deben establecer los niveles de evaluación de competencia en la institución y a los proveedores de servicios subcontratados en relación con las políticas establecidas y prácticas, para tomar decisiones y corregir errores si se presentarán.
Punto de enfoque N.3.- Atracción desarrollo y retención del personal.-La organización proporciona la asesoría y la capacitación necesarias para atraer, desarrollar y retener personal suficiente y competente y proveedores de servicios subcontratados para apoyar el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Es importante establecer asesorías y la capacitación necesaria para atraer, desarrollar, retener personal suficiente y competente y proveedores de servicios subcontratados para apoyar el logro de los objetivos.

Punto de enfoque N.4.- Planeación y preparación para la sucesión.-La alta gerencia y la junta directiva desarrollan planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La alta gerencia desarrollará planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno .
Principio N.5.- La organización define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.-La organización tiene individuos responsables de sus responsabilidades de control interno en la búsqueda de objetivos.	50	Competente	Media	Diestro	Competente:	El personal encargado evaluara periódicamente el nivel de eficacia de las responsabilidades de quienes manejan el control interno para el logro de los objetivos.
Punto de enfoque N.1.- Reforzamiento de la responsabilidad.- La gerencia y la junta directiva establecen los mecanismos para comunicarse y responsabilizar a las personas por el desempeño de las responsabilidades de control interno en toda la organización y implementar acciones correctivas según sea necesario.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se fortalecera y se realizara mejoras al mecanismo para comunicar y responsabilizar a los funcionarios sobre e desempeño de sus funciones con respecto al control interno y así tomar medidas al respeto. La junta directiva realizarán elevados niveles de mecanismos para comunicar y responsabilizar a las personas acerca del desempeño de las responsabilidades de control interno en toda la organización e implementar acciones correctivas según sea necesario
Punto de enfoque N.2.- Establecimiento de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La administración y la junta directiva establecen medidas de desempeño, incentivos y otras recompensas apropiadas para las responsabilidades en todos los niveles de la entidad, reflejando las dimensiones apropiadas de desempeño y los estándares de conducta esperados, y considerando el logro de ambos a corto plazo y objetivos a largo plazo.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Establecer medidas de desempeño, incentivos y otras recompensas apropiadas para las responsabilidades en todos los niveles del municipio reflejando las dimensiones apropiadas de desempeño y los estándares de conducta esperados, tomar tiempos a corto plazo y objetivos a largo plazo.
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La gerencia y la junta directiva evalúan y ajustan las presiones asociadas con el logro de los objetivos a medida que asignan responsabilidades, desarrollan medidas de desempeño y evaluar el rendimiento.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	En el Patronato Provincial de Tanagerahua establecer elevados niveles de evaluación y ajustar las presiones asociadas con el logro de los objetivos asignando responsabilidades, desarrollar medidas de desempeño y evaluar el rendimiento.
Punto de enfoque N.4.- Evaluación de las presiones excesivas.-La administración y el consejo de administración evalúan el desempeño de las responsabilidades de control interno, incluida la adherencia a los estándares de conducta y los niveles de competencia esperados y proporcionan recompensas o ejercen medidas disciplinarias según sea apropiado.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Realizar evaluaciones de los niveles de desempeño de las responsabilidades del control interno, incluida la adherencia a los estándares de conducta y los niveles de competencia esperados y proporcionan recompensas o ejercen medidas disciplinarias según sea apropiados.
Sección 2 — EVALUACIÓN DE RIESGOS	78	Diestro	Media	Experto	Emprender acciones para:	
Principio N.6.- La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.-La organización especifica objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con los objetivos.	92	Experto	Leve	Experto	Incipiente:	Se han establecido procedimientos para implantar sistemas de alertas tempranas que permitan detectar riesgos relacionados con el cumplimiento de los objetivos
Punto de enfoque N.1.- Objetivos operacionales reflejan las alternativas de la gerencia.- Los objetivos de operaciones reflejan las elecciones de la administración sobre la estructura, las consideraciones de la industria y el desempeño de la entidad.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Administración determina objetivos operacionales relevantes para reflejar alternativas y para tomar correctas elecciones en cuanto a su estructura, consideraciones y desempeño.

Punto de enfoque N.2.- Objetivos de reporte financiero externo. A. Cumplen con los estándares contables. B. Consideran la materialidad y aseveraciones implícitas en los estados financieros.	100	Experto	Leve	Experto	Diestro:	Se establece objetivos de carácter financiero que son de utilidad para lograr en absoluto los estándares contables, su total materialidad y las afirmaciones de los estados financieros, por medio de un sistema de contabilidad integrado .
Punto de enfoque N.3.- Objetivo de reporte no financiero externo. A. Cumplimiento de los estándares establecidos. B. Consideración del grado de precisión requerida.	100	Experto	Leve	Experto	Experto	El departamento de contabilidad refleja e identifica todos los objetivos de reporte no financiero externo que son de utilidad para lograr en absoluto el cumplimiento de estándares.
Punto de enfoque N.4.-Objetivos de reporte interno. A. Consideración de la información requerida por la organización. B. Considera el grado de precisión requerida.	100	Experto	Leve	Experto	Experto	Se realizan pruebas de validación sobre el proceso informático en cuanto a los controles de exactitud e integridad y confiabilidad de la información financiera requerida por la entidad.
Punto de enfoque N.5.- Objetivos de cumplimiento. A. Considera la leyes y normas que le sean aplicables a la entidad. B. Considera los niveles de tolerancia	100	Experto	Leve	Experto	Experto	Por medio de los responsables definen objetivos de reporte interno que son de utilidad para analizar toda la información y con un completo grado de precisión.
Principio N.7.-La organización identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la entidad .La organización identifica los riesgos para el logro de sus objetivos en toda la entidad y analiza los riesgos como base para determinar cómo deben gestionarse los riesgos.	64	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se asigna responsables para identificar los riesgos que pudieran obstaculizar o impedir la consecución de objetivos en todos los ámbitos del Instituto y analizarlos respecto a la posibilidad de su ocurrencia e impacto para determinar la forma en que deben administrarse.
Punto de enfoque N.1.- La organización identifica y evalúa los riesgos a todos los niveles de la organización.-La organización identifica y evalúa los riesgos en la entidad, subsidiaria, división, unidad operativa y niveles funcionales relevantes para el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Administración permite identificar los riesgos para evaluarlos en todas sus áreas, división, unidad operativa y los niveles funcionales, para buscar el logro de objetivos.
Punto de enfoque N.2.-Se analizan los factores internos y externos.-La identificación de riesgos considera los factores internos y externos y su impacto en el logro de los objetivos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Administración establece quienes serán los funcionarios que participarán en la identificación de riesgos externos e internos.
Punto de enfoque N.3.- En la identificación y el análisis de riesgos se involucra al personal responsable de cumplir con los objetivos fijados.-La organización pone en marcha mecanismos efectivos de evaluación de riesgos que involucren niveles apropiados de gestión.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Incentivar una participación activa de los diversos actores institucionales en procesos regulares de identificación y análisis de los riesgos relevantes, como medio para ajustar o actualizar las medidas de administración respectivas
Punto de enfoque N.4.- Se estima la significancia de los riesgos identificados.-Se analizan los riesgos identificados a través de un proceso que incluye la estimación de la importancia potencial del riesgo.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Dentro del Patronato establecer criterios formales para definir la importancia relativa de los riesgos y definir la frecuencia de ocurrencia de los riesgos.
Punto de enfoque N.5.- Determinación de la respuesta al riesgo.-La evaluación de riesgos incluye considerar cómo se debe administrar el riesgo y si se debe aceptar, evitar, reducir o compartir el riesgo.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se mantiene un mapa de riesgos en donde consta las posibles acciones que serán consideradas para la administración de riesgos.

Principio N.8.- La organización considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.- La organización considera el potencial de fraude al evaluar los riesgos para el logro de los objetivos.	83	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Se fortalecerá el modelo para la detección de posibles fraudes y alcanzar el logro para gestionar el riesgos que se pueda presentar.
Punto de enfoque N.1.-Se considerarán los varios tipo de fraude.-La valoración del fraude considera Informes fraudulentos, posibles pérdidas de activos y daños resultantes de las diversas formas en que puede ocurrir el fraude y la mala conducta.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se establecerá un plan para analizar y evaluar continuamente los tipos de fraudes que pueden presentarse y afectar al cumplimiento de los objetivos.
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de incentivos y presiones.-La evaluación del riesgo de fraude considera incentivos y presiones.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Implementar un proceso adecuado para la evaluación de riesgo de fraude tomando en cuenta incentivos y presiones.
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de las oportunidades.-La evaluación del riesgo de fraude considera oportunidades para la adquisición, el uso o la disposición no autorizados de activos, la alteración de los registros de informes de la entidad o la comisión de otros actos inapropiados.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Establecer controles para la adquisición, el uso o la disposición no autorizados de activos, identificar la alteración de los registros de informes de la entidad o la comisión de otros actos inapropiados.
Punto de enfoque N.4.-Evaluación de la racionalización.-La evaluación del riesgo de fraude considera cómo la administración y otro personal podrían participar o justificar acciones inapropiadas.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Se establece estándares para la evaluación de posibles fraudes y se considera la justificación de acciones inapropiadas por parte del personal de la entidad.
Principio N.9.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el sistema de control	73	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se ejecuta grandes mecanismos de información sobre cambios en el entorno externo que puedan afectar el cumplimiento al sistema de control interno.
Punto de enfoque N.1.- Evaluación de los cambios en el entorno externo.-El proceso de identificación de riesgos considera cambios en el entorno regulatorio, económico y físico en el que opera la entidad.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se mantiene y mejora el proceso de identificación de riesgo que demuestre los cambios en el entorno regulatorio, económico y físico en el que opera el municipio
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de los cambios en el modelo de negocios.-La organización considera los impactos potenciales de nuevas líneas de negocios, composiciones dramáticamente alteradas de las líneas de negocios existentes, operaciones de negocios adquiridas o cedidas en el sistema de control interno, rápido crecimiento, cambio en la dependencia de geografías extranjeras y nuevas tecnologías.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	En el Patronato se mantiene una constante evaluación de los cambios en el modelo de negocio, identificando los impactos potenciales de nuevas líneas de negocios, composiciones dramáticas alteradas de las líneas de negocio existentes, operaciones de negocios adquiridas o cedidas en el sistema de control interno, rápido crecimiento, cambio en la dependencia de geografías externas y nuevas tecnologías
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de los cambios en el liderazgo.-La organización considera cambios en gestión y respectivas actitudes y filosofías sobre el sistema de control interno.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se conserva una evaluación de los elevados niveles de cambios en el liderazgo por medio de la gestión, actitudes y filosofía sobre el sistema de control interno.

Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL	91	Experto	Leve	Experto	Emprender acciones para:	
Principio N.10.- La organización define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de riesgos hasta los niveles aceptables para la consecución de los objetivos.	116	Indeterminado	Máxima	Indeterminado		Dentro del Patronato Provincial de Tungurahua, se identifica falencias en el manejo del control interno , por lo tanto es necesario establecer implementará medidas y actividades de control para identificar los riesgos a los que se encuentra expuesto, conjuntamente con la mitigación de los mismos con el fin de cumplir los objetivos.
Punto de enfoque N.1.-Integración con la evaluación de riesgos.-Las actividades de control ayudan a garantizar que se realizan respuestas de riesgo que abordan y mitigan riesgos.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Verificar el cumplimiento periódico en cuanto a evaluaciones de riesgos dentro del Patronato con el fin de dar respuesta y mitigar los mismos de manera oportuna, verificar el cumplimiento de actividades de control que garantizan la obtención de respuestas y mitigaciones ante los riesgos presentes.
Punto de enfoque N.2.-Se consideran los factores específicos de la entidad.-La gerencia considera cómo el entorno, la complejidad, la naturaleza y el alcance de sus operaciones, así como las características específicas de su organización, afectan la selección y el desarrollo de las actividades de control.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Establecer factores específicos dentro de las actividades de control que realiza la institución con el fin de constatar que se fundamenten en los elementos proporcionados por el análisis del contexto estratégico, la identificación y el análisis de Riesgos.
Punto de enfoque N.3.-Determinar los procesos relevantes del negocio.-La gerencia determina qué procesos comerciales relevantes requieren actividades de control.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Constatar el análisis realizado en cada uno de los departamento del GAD en cuanto a procesos comerciales refectado por la Dirección con el fin de identificar cuales requieran mayor atención para la consecución de los objetivos de la entidad.
Punto de enfoque N.4.- Se considera una combinación de tipos de actividades de control.-Las actividades de control incluyen una variedad y variedad de controles y pueden incluir un equilibrio de enfoques para mitigar los riesgos, considerando controles tanto manuales como automatizados, y controles preventivos y de detección.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Identificar y analizar los tipos de actividades que permiten llevar un control , mantener un equilibrio de enfoques para lograr la prevención de los riesgos a los que esta expuesta el Patronato, para lo cual se verificará las políticas, procedimientos y actividades de control, su coherencia y pertinencia con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad con el objetivo de tomar acciones preventivas y correctivas.
Punto de enfoque N.5.- Se considera actividades de control a varios niveles.-La gerencia considera las actividades de control a varios niveles en la entidad.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Indagar y analizar en los diferente niveles de la entidad las actividades de control que son puestas en prácticas para lograr resultados claros, a fin de poder cumplir con las metas planificadas.
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa la segregación de funciones.-La gerencia segrega los deberes incompatibles, y cuando dicha segregación no es práctica, la gerencia selecciona y desarrolla actividades de control alternativas.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Analizar el esquema de segregación de funciones para la selección y desarrollo de actividades de control competentes en cuanto al establecimiento de funciones y deberes de los funcionarios médicos,administrativos.

Principio N.11.- La organización define y desarrolla actividades de control a nivel de entidad sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Analizar y verificar si el sistema de información aplicado por la institución cuenta con procedimientos, estándares, documentados, actualizados y disponibles que aseguren y garanticen el alcance y cumplimiento de objetivos dentro de la entidad.
Punto de enfoque N.1- Determina la dependencia entre el uso de la tecnología en los negocios Procesos y tecnología Controles generales — La administración comprende y determina la dependencia y vinculación entre las empresas. Procesos, actividades de control automatizado, y controles generales de tecnología.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Determinar la aplicación de insumos por parte de la administración en los procesos y controles generales en cuanto a las actividades de control tecnológico, a fin de que no exista fuga de información
Punto de enfoque N.2.- Se establecen actividades de control relevantes sobre la estructura de TI. - La gestión Selecciona y desarrolla actividades de control sobre la tecnología. infraestructura, que están diseñados e implementados para ayudar a garantizar La integridad, precisión y disponibilidad del procesamiento de la	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Identificar las actividades de control que se utilizan sobre la estructura de la tecnología para lograr resultados óptimos y garantizar la integridad, precisión y disponibilidad del procesamiento tecnológico.
Punto de enfoque N.3.- Se establecen actividades de control relevantes seguridad. - gestión Selecciona y desarrolla actividades de control que están diseñadas, e implementado para restringir los derechos de acceso a la tecnología a usuarios autorizados de acuerdo con sus responsabilidades laborales y para proteger a los Activos de amenazas externas.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Examinar los controles diseñados y fortalecer el acceso a las diferentes plataformas, sistemas que maneja el Patronato de acuerdo con sus responsabilidades laborales en cada una de las áreas,.
Punto de enfoque N.4.- Establece la adquisición de tecnología relevante, desarrollo y Actividades de Control de Procesos de Mantenimiento — La gerencia selecciona y desarrolla Control de las actividades de adquisición, desarrollo y mantenimiento. tecnología y su infraestructura para lograr la gestión de objetivos	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Aplicar políticas y procedimientos en cuanto a la selección y desarrollo de actividades de adquisición, mantenimiento , tecnología e infraestructura.
Principio N.12.- La organización despliega las actividades de control a través de políticas que establecen las líneas generales del control interno y procedimientos que llevan a cabo políticas en práctica	96	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Analizar las políticas, procedimientos y normativa interna de carácter procedimental que establece los parámetros, procedimiento en los métodos que permite el diseño, implementación, función y autoevaluación del elemento del control.
Punto de enfoque N.1.- Se establecen políticas y procedimientos que soporten las directrices de la gerencia- la administración establece actividades de control que están integradas en los procesos de negocios y las actividades cotidianas de los empleados mediante políticas que establecen qué acciones esperadas y relevantes de procedimiento determinan.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Verificar el cumplimiento de actividades de control en los procesos de negocios y las actividades cotidianas de los empleados, a fin de que los mismos sean aplicados.
Punto de enfoque N.2.- Se establecen responsabilidad y "accountability" en las políticas y procesos - la administración establece la responsabilidad y la responsabilidad de las actividades de control con la administración (u otro personal designado) de la unidad de negocios o función en la que residen los riesgos	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Examinar el proceso de determinación de responsabilidades de la unidad de negocios o función en la que residen los riesgos relevantes para la toma de acciones correctivas en caso de ser necesario, con el propósito de cumplir con los objetivos de la entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se establecen en las políticas y procesos actividades de control oportunas- el personal responsable realiza las actividades de control de manera oportuna según lo definen las políticas y los procedimientos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Aplicar controles adecuados a fin de que se este cumpliendo con las políticas y procesos en todas las áreas de la entidad.
Punto de enfoque N.4.- Constituyen la base para la competencia del personal - el personal responsable investiga y actúa en los asuntos identificados como resultado de la ejecución de las actividades de control.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Solicitar la aplicación de evaluaciones periódicas al personal con el fin de medir la competitividad en cuanto a sus funciones y desempeño.
Punto de enfoque N.5.- Son objeto de reevaluación periódica -el personal competente con suficiente autoridad realiza las actividades de control con diligencia y enfoque	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Analizar y verificar la aplicación y cumplimiento de actividades de control efectuadas por el personal competente e idoneo.
Punto de enfoque N.6.- La administración revisa periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia continua y las actualiza cuando sea necesario.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Examinar las revisiones periódicas efectuadas con el propósito de verificar su relevancia y tomar acciones correctivas en caso de ser necesario.

Sección 4 — INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	72	Diestro	Media	Experto	Emprender acciones para:	
Principio N.13.- La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	76	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Identificar los mecanismos de canalización de información generada que contribuya con el cumplimiento y buen funcionamiento con respecto al control interno para realizar acciones correctivas y preventivas en caso de ser necesario.
Punto de enfoque N.1.- Se identifican los requerimientos de información - existe un proceso para identificar la información requerida y esperada para respaldar el funcionamiento de los otros componentes del control interno y el logro de los objetivos de la entidad.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Analizar el proceso de identificación de información pertinente para efectuar el cumplimiento y la aplicación del funcionamiento de control interno.
Punto de enfoque N.2.- Captura de datos de fuente interna y externa - los sistemas de información capturan fuentes de datos internas y externas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Verificar si existe dentro de la programación anual la evaluación periódica a los sistemas de información con el propósito de analizar las fuentes de recopilación de datos.
Punto de enfoque N.3.- Se procesan datos relevantes en información - los sistemas de información procesan y transforman datos relevantes en información.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Solicitar a la máxima autoridad se realice procesos de seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento de sus sistemas de información, así como para asegurar que las no conformidades detectadas se atiendan de manera oportuna y efectiva.
Punto de enfoque N.4.- Se conserva la calidad de la información en todo el proceso - los sistemas de información producen información oportuna, actualizada, precisa, completa, accesible, protegida, verificable y retenida. La información se revisa para evaluar su relevancia en el apoyo a los componentes de control interno.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Verificar si el Patronato cuenta con un sistema para gestionar en forma organizada, uniforme, consistente y oportuna la información que genera la Institución con el fin de generar características especiales siendo actualizada, oportuna, precisa, completa, accesible, protegida y así apoyar a los componentes del control interno.
Punto de enfoque N.5.- Considera los costos y los beneficios - la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada son acordes con y respaldan el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Solicitar se establezcan y realicen más procedimientos que contribuyan a asegurar la operatividad del sistema y cumplimiento de logros institucionales.
Principio N.14.- La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	68	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Constatar que los sistemas de información producen información operacional financiera y suplementaria que hacen posible manejar y controlar la operatividad del Patronato Provincial de Tungurahua asegurando y garantizando la obtención de información relevante y de calidad. Solicitar el establecimiento de canales de accesos externos, actividades y condiciones necesarias en la información para la toma de decisiones e información externa.
Punto de enfoque N.1.- Se comunica información del control interno - existe un proceso para comunicar la información requerida para que todo el personal pueda comprender y cumplir con sus responsabilidades de control interno.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Verificar que sistemas de información se está utilizando para que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización a todas las áreas y niveles de la entidad.
Punto de enfoque N.2.- Existe comunicación con el directorio -existe una comunicación entre la administración y la junta directiva para que ambos tengan la información necesaria para cumplir con sus roles con respecto a los objetivos de la entidad.	100	Experto	Leve	Experto	Conservar los logros y aprovechar las oportunidades para incrementarlos.	Examinar los canales y medios de información y retroalimentación de la información generada en la institución.
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallos para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales son inoperantes o ineficaces.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Indagar y verificar los mecanismos para la comunicación de la información pertinente a los diferentes usuarios.

Punto de enfoque N. 4.- Selecciona el método de comunicación relevante - el método de comunicación considera el tiempo, la audiencia y la naturaleza de la información.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Verificar los controles definidos y divulgados para asegurar la calidad de la información y su comunicación.
Principio N.15.- La organización se comunica con los grupos de intereses externos sobre los aspectos claves que afectan al funcionamiento del control interno	48	Competente	Media	Diestro	Competente:	Corroborar la utilización de canales de tecnología que permita contar con información suficiente en todos los campos de la entidad para la adecuada y oportuna toma de decisiones y comunicación eficiente a los grupos de intereses externo en el tiempo y necesidades requeridas por estos.
Punto de enfoque N.1.- Existe comunicación con partes externas - existen procesos para comunicar información relevante y oportuna a partes externas, incluidos accionistas, socios, propietarios, reguladores, clientes y analistas financieros y otras partes externas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Analizar la normativa que contempla los procedimientos necesarios para diseñar, implementar y mantener la efectividad del elemento Comunicación Informativa.
Punto de enfoque N.2.- Existe medios que faciliten las comunicaciones que provienen del exterior - los canales de comunicación abiertos permiten la entrada de clientes, consumidores, proveedores, auditores externos, reguladores, analistas financieros y otros, brindando a la administración y al consejo de administración información relevante.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Verificar políticas, procedimientos y medios de comunicación establecidos en cuanto a designación de responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos, actividades y tareas que configuran la operación de la Entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallas para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales no funcionan o no funcionan	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Realizar evaluaciones periódicas en cuanto a la utilidad, oportunidad y confiabilidad de los canales y mecanismos de comunicación e información con el propósito de constatar la existencia de líneas de comunicación adecuadas.
Punto de enfoque N.4.- Se selecciona el o los métodos relevantes de comunicación - el método de comunicación considera el momento, la audiencia y la naturaleza de la comunicación y los requisitos y expectativas legales, regulatorios y fiduciarios.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Verificar que métodos de comunicación e información se está utilizando para los grupos de intereses externos con el objetivo de que la información contribuya al mejoramiento continuo de la Entidad
Punto de enfoque N.5.- Se comunica con la Junta Directiva -la información relevante que resulta de las evaluaciones realizadas por partes externas se comunica a la Junta Directiva.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Verificar si los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de comunicación externa.

Sección 5 — SUPERVISIÓN	80	Diestro	Media	Experto	Emprender acciones para:	
Principio N.16.- La organización selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones contínuas y/o independientes para determinar si los componentes del sistema de control interno están presentes y en funcionamiento	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad de la entidad debe tener un conocimiento amplio sobre el giro de negocio de la misma, con la finalidad de reconocer puntos críticos de Control Interno.
Punto de enfoque N.1.- Se considera un mix de evaluaciones continuas o específicas - la administración incluye un balance de evaluaciones continuas y separadas.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad debe autorizar al personal competente realizar seguimiento continuo al crecimiento o a las complicaciones que se presenten con la finalidad de tener un estado real de la misma
Punto de enfoque N.2.- Se establece el entendimiento de una línea base para evaluar el estado actual de C.I. - el diseño y el estado actual de un sistema de control interno se utilizan para establecer una línea de base para evaluaciones continuas y separadas.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad debe dar un claro panorama sobre los estándares que persigue y de la normativa a la que se rigie incluyendo Manuales y Leyes Vigentes.
Punto de enfoque N.3.- Se hace uso personal con suficiente conocimiento - los evaluadores que realizan evaluaciones continuas y separadas tienen suficiente conocimiento para comprender lo que se está evaluando.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad debe seleccionar a líderes de cada unidad por sus altos conocimientos para evitar que el momento de las evaluaciones no se presenten incongruencias.
Punto de enfoque N.4.- Las evaluaciones continuadas están incluidas en el diseño del proceso - las evaluaciones continuas están integradas en los procesos de negocios y se ajustan a las condiciones cambiantes.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Administración debe tener un cronograma de evaluaciones a todo el personal con la finalidad de ver el grado de comprometimiento que mantienen con la empresa.
Punto de enfoque N.5.- La gerencia ajusta el alcance y la frecuencia de las evaluaciones específicas - la administración considera la tasa de cambio en los procesos de negocios y de negocios al seleccionar y desarrollar evaluaciones continuas y separadas.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad debe tener una planificación orientada al desarrollo proveyendo los cambios del entorno económico y social.
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa objetivamente - se realizan evaluaciones separadas periódicamente para proporcionar retroalimentación objetiva	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad debe tomar en cuenta que los resultados obtenidos de las evaluaciones deben ser proyectadas a un mundo cambiante.
Punto de enfoque N.7.- Ajusta el alcance y la frecuencia: la administración varía el alcance y la frecuencia de evaluaciones separadas según el riesgo.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La máxima autoridad no debe descuidar el evaluar al personal ya que el no hacerlo periódicamente dará una información errada del estado del personal.

ANEXO B: ANÁLISIS DEL MODELO DE MADUREZ DEL CONTROL INTERNO DE LA SECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL

Asunto	Puntaje obtenido	Grado de madurez	Atención requerida	Estado siguiente	Condiciones esperadas para alcanzar el estado siguiente	Definición de acciones concretas por parte de la Administración Activa
ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	56	Competente	Media	Diestro	Criterio	Acciones por realizar
Sección 1 — ENTORNO DE CONTROL	66	Competente	Media	Diestro	Emprender acciones para:	
Principio N.1.- La organización demuestra compromiso por la integridad y valores	70	Diestro	Media	Experto	Diestro:	
Punto de enfoque N.1.- Define el "Tone at the Top"-La Jefatura y funcionarios en todos los niveles de la institución social y de salud demuestran a través de sus directivas, acciones y comportamiento la importancia de la integridad y los valores éticos para respaldar el funcionamiento del sistema de control interno.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Mantener controles para establecer el cumplimiento del Código de Ética, de todos los miembros de la Sección de Desarrollo Social
Punto de enfoque N.2.-Establece los estándares de conducta.-Las expectativas del Consejo y la Jefatura con respecto a la integridad y los valores éticos se definen en los estándares de conducta de la entidad y se comprenden en todos los niveles de la organización y por parte de proveedores de servicios y socios comerciales subcontratados.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Definir políticas para identificar las normas de conducta que los funcionarios internos, así como de proveedores externos
Punto de enfoque N.3.-Evalúa el acatamiento de los estándares de conducta.-Existen procesos para evaluar el desempeño de individuos y equipos en comparación con los estándares de conducta esperados de la entidad.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Ejecución de evaluaciones del rendimiento y desempeño de los miembros de la SDSGADMP, para conocer el nivel de conducta con los usuarios -pacientes y el logro de los objetivos
Punto de enfoque N.4.-Atiende las desviaciones manera oportuna.Las desviaciones de los estándares de conducta esperados de la entidad se identifican y remedian de manera oportuna y consistente.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Continuar con la detección oportuna de las desviaciones detectadas en la conducta y establecer soluciones inmediatas que no afecten al normal desempeño de la institución y de su personal
Principio N.2.-El consejo de administración demuestra independencia de la dirección y ejerce supervisión del desempeño del sistema de control interno.-La junta directiva demuestra independencia de la administración y ejerce la supervisión del desarrollo y el desempeño del control interno.	46,4	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura organiza, administra y verifica el manejo del control interno en todas las áreas de la Sección de Desarrollo Social
Punto de enfoque N.1.- Se establece responsabilidades de supervisión.-La junta directiva identifica y acepta sus responsabilidades de supervisión en relación con los requisitos establecidos y expectativas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se llevará a cabo un seguimiento de las responsabilidades que posee cada área de trabajo y verificar su cumplimiento
Punto de enfoque N.2.-Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Establecer políticas y procedimientos para efectuar evaluaciones periódicas de las habilidades de los miembros de la entidad, personal médico, administrativo de servicio.
Punto de enfoque N.3.-Opera independientemente.-El consejo de administración tiene suficientes miembros que son independientes de la administración y objetivos en las evaluaciones y la toma de decisiones.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Designar miembros independientes de la administración para la realización de las evaluaciones

Punto de enfoque N.4.-Provee supervisión al sistema de control interno.-La junta directiva reliene la responsabilidad de supervisión del diseño, la implementación y la conducta de control de la administración.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Enfatizar la supervisión el diseño, implementación y conducta del sistema de control interno de la Institución de asistencia social de salud.
Punto de enfoque N.5.- Cuenta con experiencia relevante.-La junta directiva define, mantiene y evalúa periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias entre sus miembros para permitirles hacer preguntas de sondeo de la alta gerencia y tomar medidas adecuadas.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Para lograr miembros competentes e idóneos es importante establecer formas donde se pueda definir, mantener y evaluar periódicamente las habilidades y la experiencia necesarias.
Principio N.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.-La gerencia establece, con supervisión de la junta, estructuras, líneas de reporte y autoridades y responsabilidades apropiadas en la búsqueda de objetivos.	73,3333333	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se ejecuta evaluaciones periódicas para evaluar el cumplimiento de proyectos y actividades de Desarrollo Social
Punto de enfoque N.1.- Considera todas las estructuras de la entidad.-La administración y la junta directiva consideran las múltiples estructuras utilizadas (incluidas las unidades operativas, las entidades legales, la distribución geográfica y los proveedores de servicios subcontratados) para respaldar el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Jefatura de la Sección de Desarrollo Social en coordinación con el personal de las áreas deben realizar un trabajo integrado con todas las estructuras múltiples incluyendo a unidades operativas, entidades legales, distribución geográfica, proveedores de servicios subcontratados para lograr el cumplimiento de los objetivos.
Punto de enfoque N.2.- Establece líneas de reporte.-La gerencia diseña y evalúa líneas de informes para cada estructura de la entidad para permitir la ejecución de las autoridades y responsabilidades y el flujo de información para administrar las actividades de la entidad.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Se debe continuar con el análisis, evaluación de las líneas de informe para cada estructura de la entidad para permitir la ejecución de las autoridades y responsabilidades y el flujo de información el correcto manejo de las actividades de la entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se define asignación y limitación de autoridades y responsabilidades.-La administración y el consejo de administración delegan la autoridad, definen responsabilidades y utilizan los procesos y la tecnología apropiados para asignar responsabilidades y segregar las tareas según sea necesario en los diversos niveles de organización.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Directora del Departamento de Desarrollo Social y con la Jefatura por medio de procesos y la tecnología apropiados asignan coordinan responsabilidades y establecen las funciones de acuerdo a cada área de la institución.
Principio N.4.- La organización demuestra compromiso para atraer, desarrollar y retener a profesionales competentes, en alineación con los objetivos de la organización.-La organización demuestra un compromiso para atraer, desarrollar y retener personas competentes en alineación con los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Establecer capacitaciones para motivar, atraer y retener a profesionales competentes que aporten al cumplimiento de los objetivos estratégicos y brindar servicios de calidad y la satisfacción de los pacientes.
Punto de enfoque N.1.- Establecimiento de políticas y procedimientos.-Las políticas y prácticas reflejan las expectativas de competencia necesarias para apoyar el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Establecerá políticas y procedimientos en base a las necesidades para apoyar el logro de los objetivos, por medio de la ejecución de proyectos y actividades.

Punto de enfoque N.2.-Evaluación de las competencias y tratamiento de las deficiencias.- El consejo de administración y la gerencia evalúan la competencia en la organización y en proveedores de servicios subcontratados en relación con las políticas establecidas y prácticas, y actuar según sea necesario para hacer frente a las deficiencias.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Jefatura conjuntamente con las diferentes áreas deben establecer los niveles de evaluación para la adquisición ágil y oportuna de los insumos y materiales.
Punto de enfoque N.3.- Atracción desarrollo y retención del personal.-La organización proporciona la asesoría y la capacitación necesarias para atraer, desarrollar y retener personal suficiente y competente y proveedores de servicios subcontratados para apoyar el logro de los objetivos.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Efectuar capacitaciones, asesorías para contar con el personal suficiente y competente así como seleccionar correctamente proveedores de servicios con la finalidad de no retrasar o suspender la atención.
Punto de enfoque N.4.- Planeación y preparación para la sucesión.-La alta gerencia y la junta directiva desarrollan planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno.	80	Diestro	Media	Experto	Diestro:	La Jefatura desarrollará planes de contingencia para asignaciones de responsabilidad importantes para el control interno .
Principio N.5.- La organización define las responsabilidades de las personas a nivel de control interno para la consecución de los objetivos.-La organización tiene individuos responsables de sus responsabilidades de control interno en la búsqueda de objetivos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Designar al personal idóneo que se encargue del manejo del control interno designando responsabilidades y funciones claras.
Punto de enfoque N.1.- Reforzamiento de la responsabilidad.- La gerencia y la junta directiva establecen los mecanismos para comunicarse y responsabilizar a las personas por el desempeño de las responsabilidades de control interno en toda la organización y implementar acciones correctivas según sea necesario.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se fortalece y se realiza mejoras al mecanismo para comunicar y responsabilizar a los funcionarios sobre el desempeño de sus funciones con respecto al control interno y así tomar medidas .
Punto de enfoque N.2.- Establecimiento de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La administración y la junta directiva establecen medidas de desempeño, incentivos y otras recompensas apropiadas para las responsabilidades en todos los niveles de la entidad, reflejando las dimensiones apropiadas de desempeño y los estándares de conducta esperados, y considerando el logro de ambos a corto plazo y objetivos a largo plazo.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	De acuerdo a las evaluaciones realizadas, establecer incentivos por el desempeño y en base a las conductas de los funcionarios de todas las áreas , de acuerdo a los objetivos planteados para conocer el cumplimiento a corto o largo plazo
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de métricas de desempeño, incentivos y recompensas.-La gerencia y la junta directiva evalúan y ajustan las presiones asociadas con el logro de los objetivos a medida que asignan responsabilidades, desarrollan medidas de desempeño y evaluar el rendimiento.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	En la Sección de Desarrollo Social desarrollar medidas de desempeño y evaluar el rendimiento de cada funcionario de salud, para verificar como se lleva a cabo a atención medica a los pacientes.
Punto de enfoque N.4.- Evaluación de las presiones excesivas.-La administración y el consejo de administración evalúan el desempeño de las responsabilidades de control interno, incluida la adherencia a los estándares de conducta y los niveles de competencia esperados y proporcionan recompensas o ejercen medidas disciplinarias según sea apropiado.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Por medio de las evaluaciones establecer calificaciones ara cada funcionario, y omar las medidas según sea el caso, en base a un desempeño positivo o negativo.

Sección 2 — EVALUACIÓN DE RIESGOS	60	Competente	Media	Diestro	Emprender acciones para:	
Principio N.6.- La organización define los objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados.-La organización especifica objetivos con suficiente claridad para permitir la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con los objetivos.	64	Diestro	Media	Experto	Incipiente:	Implantar sistemas de alertas que permitan detectar riesgos relacionados con el cumplimiento de los objetivos.
Punto de enfoque N.1.- Objetivos operacionales reflejan las alternativas de la gerencia.- Los objetivos de operaciones reflejan las elecciones de la administración sobre la estructura, las consideraciones de la industria y el desempeño de la entidad.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura establece objetivos operacionales relevantes para buscar alternativas y para tomar correctas elecciones en cuanto a su estructura, consideraciones y desempeño.
Punto de enfoque N.2.- Objetivos de reporte financiero externo. A. Cumplen con los estándares contables. B. Consideran la materialidad y aseveraciones implícitas en los estados financieros.	60	Competente	Media	Diestro	Diestro:	Se establece objetivos de carácter financiero que son de utilidad para lograr identificar en manejo financiero de la institución , por medio de un sistema de contabilidad integrado .
Punto de enfoque N.3.- Objetivo de reporte no financiero externo. A. Cumplimiento de los estándares establecidos. B. Consideración del grado de precisión requerida.	60	Competente	Media	Diestro	Experto	El area financiera refleja e identifica todos los objetivos de reporte no financiero externo que son de utilidad para lograr en absoluto el cumplimiento de estándares.
Punto de enfoque N.4.-Objetivos de reporte interno. A. Consideración de la información requerida por la organización. B. Considera el grado de precisión requerida.	80	Diestro	Media	Experto	Experto	Se realizan pruebas de validación sobre el proceso informático en cuanto a los controles de exactitud e integridad y confiabilidad de la información financiera requerida por la entidad.
Punto de enfoque N.5.- Objetivos de cumplimiento. A. Considera la leyes y normas que le sean aplicables a la entidad. B.Considera los niveles de tolerancia	60	Competente	Media	Diestro	Experto	Por medio de los responsables definen objetivos de reporte interno que son de utilidad para analizar toda la información y con un completo grado de precisión.
Principio N.7.-La organización identifica los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles de la entidad .La organización identifica los riesgos para el logro de sus objetivos en toda la entidad y analiza los riesgos como base para determinar cómo deben gestionarse los riesgos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Designar a los responsables para identificar los riesgos que pudieran afectar la consecución de objetivos y analizarlos respecto a la posibilidad de su ocurrencia e impacto para determinar la forma en que deben administrarse.
Punto de enfoque N.1.- La organización identifica y evalúa los riesgos a todos los niveles de la organización.-La organización identifica y evalúa los riesgos en la entidad, subsidiaria, división, unidad operativa y niveles funcionales relevantes para el logro de los objetivos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Realizar un analisis de los riesgos en todas sus áreas y los niveles funcionales, para lograr su mitigación e impedir que afecten en el cumplimiento de los objetivos.
Punto de enfoque N.2.-Se analizan los factores internos y externos.-La identificación de riesgos considera los factores internos y externos y su impacto en el logro de los objetivos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura establece quienes serán los funcionarios que participarán en la identificación de riesgos externos e internos.
Punto de enfoque N.3.- En la identificación y el análisis de riesgos se involucra al personal responsable de cumplir con los objetivos fijados.-La organización pone en marcha mecanismos efectivos de evaluación de riesgos que involucran niveles apropiados de gestión.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Incentivar una participación activa de los diversos actores institucionales en procesos regulares de identificación y análisis de los riesgos relevantes, como medio para ajustar o actualizar las medidas de administración respectivas

Punto de enfoque N.4.- Se estima la significancia de los riesgos identificados.-Se analizan los riesgos identificados a través de un proceso que incluye la estimación de la importancia potencial del riesgo.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Categorizar los riesgos de acuerdo a su grado y nivel de importancia para la institución y definir la frecuencia de ocurrencia de los riesgos.
Punto de enfoque N.5.- Determinación de la respuesta al riesgo.-La evaluación de riesgos incluye considerar cómo se debe administrar el riesgo y si se debe aceptar, evitar, reducir o compartir el riesgo.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Desarrollar un plan de mitigación por medio de un mapa de riesgos en donde consta las posibles acciones que serán consideradas para la administración de riesgos.
Principio N.8.- La organización considera la probabilidad de fraude al evaluar los riesgos para la consecución de los objetivos.- La organización considera el potencial de fraude al evaluar los riesgos para el logro de los objetivos.	56	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se fortalecerá el modelo para la detección de posibles fraudes y alcanzar el logro para gestionar el riesgos que se pueda presentar.
Punto de enfoque N.1.-Se considerarán los varios tipo de fraude.-La valoración del fraude considera Informes fraudulentos, posibles pérdidas de activos y daños resultantes de las diversas formas en que puede ocurrir el fraude y la mala conducta.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Se establecerá un plan para analizar y evaluar continuamente los tipos de fraudes que pueden presentarse y afectar al cumplimiento de los objetivos.
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de incentivos y presiones.-La evaluación del riesgo de fraude considera incentivos y presiones.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Implementar un proceso adecuado para la evaluación de riesgo de fraude tomando en cuenta incentivos y presiones.
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de las oportunidades.-La evaluación del riesgo de fraude considera oportunidades para la adquisición, el uso o la disposición no autorizados de activos, la alteración de los registros de informes de la entidad o la comisión de otros actos inapropiados.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Establecer controles para la adquisición, el uso o la disposición no autorizados de activos, identificar la alteración de los registros de informes de la entidad o la comisión de otros actos inapropiados.
Punto de enfoque N.4.-Evaluación de la racionalización.-La evaluación del riesgo de fraude considera cómo la administración y otro personal podrían participar o justificar acciones inapropiadas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se establece estándares para la evaluación de posibles fraudes y se considera la justificación de acciones inapropiadas por parte del personal de la entidad.
Principio N.9.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían afectar significativamente al sistema de control interno.-La organización identifica y evalúa los cambios que podrían impactar significativamente el sistema de control interno.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se ejecuta grandes mecanismos de información sobre cambios en el entorno externo que puedan afectar el cumplimiento al sistema de control interno.
Punto de enfoque N.1.- Evaluación de los cambios en el entorno externo.-El proceso de identificación de riesgos considera cambios en el entorno regulatorio, económico y físico en el que opera la entidad.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se mantiene y mejora el proceso de identificación de riesgo que demuestre los cambios en el entorno regulatorio, económico y físico en el que opera la Sección de Desarrollo Social
Punto de enfoque N.2.- Evaluación de los cambios en el modelo de negocios.-La organización considera los impactos potenciales de nuevas líneas de negocios, composiciones dramáticamente alteradas de las líneas de negocios existentes, operaciones de negocios adquiridas o cedidas en el sistema de control interno, rápido crecimiento, cambio en la dependencia de geografías extranjeras y nuevas tecnologías.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Efectuar una constante evaluación de los cambios identificando los impactos potenciales de nuevas líneas de negocios, composiciones dramáticas alteradas de las líneas de negocio existentes, operaciones de negocios adquiridas o cedidas en el sistema de control interno, rápido crecimiento, cambio en la dependencia de geografías externas y nuevas tecnologías
Punto de enfoque N.3.- Evaluación de los cambios en el liderazgo.-La organización considera cambios en gestión y respectivas actitudes y filosofías sobre el sistema de control interno.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Se conserva una evaluación de los elevados niveles de cambios en el liderazgo por medio de la gestión, actitudes y filosofía sobre el sistema de control interno.

Sección 3 — ACTIVIDADES DE CONTROL	59	Competente	Media	Diestro	Emprender acciones para:	
Principio N.10.- La organización define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de riesgos hasta los niveles aceptables para la consecución de los objetivos.	64	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Identifica las deficiencias en el manejo del control interno , por lo tanto es necesario establecer implementará medidas y actividades de control para identificar los riesgos a los que se encuentra expuesto, conjuntamente con la mitigación de los mismos con el fin de cumplir los objetivos.
Punto de enfoque N.1.-Integración con la evaluación de riesgos.-Las actividades de control ayudan a garantizar que se realizan respuestas de riesgo que abordan y mitigan riesgos.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Desarrollar actividades de control para identificar los riesgos y dar respuesta y mitigar los mismos de manera oportuna, verificar el cumplimiento de actividades de control que garantizan la obtención de respuestas y mitigaciones ante los riesgos presentes.
Punto de enfoque N.2.-Se consideran los factores específicos de la entidad.-La gerencia considera cómo el entorno, la complejidad, la naturaleza y el alcance de sus operaciones, así como las características específicas de su organización, afectan la selección y el desarrollo de las actividades de control.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Establecer factores específicos dentro de las actividades de control que realiza la institución con el fin de constatar que se fundamenten en los elementos proporcionados por el análisis del contexto estratégico, la identificación y el análisis de Riesgos.
Punto de enfoque N.3.-Determinar los procesos relevantes del negocio.-La gerencia determina qué procesos comerciales relevantes requieren actividades de control.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Llevar un control de todos los procesos que se realizan en cada cada con el fin de identificar cuales requieran mayor atención , verificar el funcionamiento de los mismos para evitar estancamientos o cuellos de botella por medio de actividades de control
Punto de enfoque N.4.- Se considera una combinación de tipos de actividades de control.-Las actividades de control incluyen una variedad y variedad de controles y pueden incluir un equilibrio de enfoques para mitigar los riesgos, considerando controles tanto manuales como automatizados, y controles preventivos y de detección.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Identificar y analizar los tipos de actividades que permiten llevar un control , mantener un equilibrio de enfoques para lograr la prevención de los riesgos a los que esta expuesta el Patronato, para lo cual se verificará las políticas, procedimientos y actividades de control, su coherencia y pertinencia con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad con el objetivo de tomar acciones preventivas y correctivas.
Punto de enfoque N.5.- Se considera actividades de control a varios niveles.-La gerencia considera las actividades de control a varios niveles en la entidad.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Indagar y analizar en los diferente niveles de la entidad las actividades de control que son puestas en prácticas para lograr resultados claros, a fin de poder cumplir con las metas planificadas.
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa la segregación de funciones.-La gerencia segrega los deberes incompatibles, y cuando dicha segregación no es práctica, la gerencia selecciona y desarrolla actividades de control alternativas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Analizar el esquema de segregación de funciones para la selección y desarrollo de actividades de control competentes en cuanto al establecimiento de funciones y deberes de los funcionarios médicos,administrativos.
Principio N.11.- La organización define y desarrolla actividades de control a nivel de entidad sobre la tecnología para apoyar la consecución de los objetivos	48	Competente	Media	Diestro	Competente:	Analizar y verificar si el sistema de información aplicado por la institución cuenta con procedimientos, estándares, documentados, actualizados y disponibles que aseguren y garanticen el alcance y cumplimiento de objetivos dentro de la entidad.
Punto de enfoque N.1.- Determina la dependencia entre el uso de la tecnología en los negocios Procesos y tecnología Controles generales — La administración comprende y determina la dependencia y vinculación entre las empresas. Procesos, actividades de control automatizado, y controles generales de tecnología.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Determinar la aplicación de insumos por parte de la administración en los procesos y controles generales en cuanto a las actividades de control tecnológico, a fin de que no exista fuga de información
Punto de enfoque N.2.- Se establecen actividades de control relevantes sobre la estructura de TI. - La gestión Selecciona y desarrolla actividades de control sobre la tecnología. infraestructura, que están diseñados e implementados para ayudar a garantizar La integridad, precisión y disponibilidad del procesamiento de la tecnología.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Identificar las actividades de control que se utilizan sobre la estructura de la tecnología para lograr resultados óptimos y garantizar la integridad, precisión y disponibilidad del procesamiento tecnológico.

Punto de enfoque N.3.- Se establecen actividades de control relevantes seguridad. - gestión Selecciona y desarrolla actividades de control que están diseñadas. e implementado para restringir los derechos de acceso a la tecnología a usuarios autorizados de acuerdo con sus responsabilidades laborales y para proteger a los Activos de amenazas externas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Examinar los controles diseñados y fortalecer el acceso a las diferentes plataformas, sistemas que maneja el Patronato de acuerdo con sus responsabilidades laborales en cada una de las áreas.
Punto de enfoque N.4.- Establece la adquisición de tecnología relevante, desarrollo y Actividades de Control de Procesos de Mantenimiento — La gerencia selecciona y desarrolla Control de las actividades de adquisición, desarrollo y mantenimiento. tecnología y su infraestructura para lograr la gestión de objetivos	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Dentro e la Sección de Desarrollo Socil aplicar políticas y procedimientos en cuanto a la selección y desarrollo de actividades de adquisición, mantenimiento , tecnología e infraestructura.
Principio N.12.- La organización despliega las actividades de control a través de políticas que establecen las líneas generales del control interno y procedimientos que llevan dices políticas en práctica	64	Diestro	Media	Experto	Diestro:	Analizar las políticas, procedimientos y normativa interna de carácter procedimental que establece los parametros, procedimiento en los métodos que permite el diseño, implementación, función y autoevaluación del elemento del control.
Punto de enfoque N.1.- Se establecen políticas y procedimientos que soporten las directrices de la gerencia- la administración establece actividades de control que están integradas en los procesos de negocios y las actividades cotidianas de los empleados mediante políticas que establecen qué acciones esperadas y relevantes de procedimiento determinan.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Dentro de la Sección de Desarrollo Social del GADM Santiago de Pillaro, es necesario aplicar procedimientos de control interno para una de las áreas con el fin de conocer el cumplimiento de las actividades designadas
Punto de enfoque N.2.- Se establecen responsabilidad y "accountability" en las políticas y procesos - la administración establece la responsabilidad y la responsabilidad de las actividades de control con la administración (u otro personal designado) de la unidad de negocios o función en la que residen los riesgos relevantes.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Examinar el proceso de determinación de responsabilidades de la unidad de negocios o función en la que residen los riesgos relevantes para la toma de acciones correctivas en caso de ser necesario, con el proposito de cumplir con los objetivos de la entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se establecen en las políticas y procesos actividades de control oportunas- el personal responsable realiza las actividades de control de manera oportuna según lo definen las políticas y los procedimientos.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Aplicar controles adecuados a fin de que se este cumpliendo con las políticas y procesos en todas las áreas de la entidad.
Punto de enfoque N.4.- Constituyen la base para la competencia del personal - el personal responsable investiga y actúa en los asuntos identificados como resultado de la ejecución de las actividades de control.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Solicitar la aplicación de evaluaciones periódicas al personal con el fin de medir la competitividad en cuanto a sus funciones y desempeño.
Punto de enfoque N.5.- Son objeto de revaluación periódica -el personal competente con suficiente autoridad realiza las actividades de control con diligencia y enfoque	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Analizar y verificar la aplicación y cumplimiento de actividades de control efectuadas por el personal competente e idoneo.
Punto de enfoque N.6.- La administración revisa periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia continua y las actualiza cuando sea necesario.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Examinar las revisiones periódicas efectuadas con el propósito de verificar su relevancia y tomar acciones correctivas en caso de ser necesario.
Sección 4 — INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	37	Novato	Alta	Competente	Emprender acciones para:	
Principio N.13.- La organización obtiene o genera y utiliza informacion relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	28	Novato	Alta	Competente	Novato:	Identificar los mecanismos de canalización de información generada que contribuya con el cumplimiento y buen funcionamiento con respecto al control interno para realizar acciones correctivas y preventivas en caso de ser necesario.
Punto de enfoque N.1.- Se identifican los requerimientos de información - existe un proceso para identificar la información requerida y esperada para respaldar el funcionamiento de los otros componentes del control interno y el logro de los objetivos de la entidad.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Analizar el proceso de identificación de información pertinente para efectuar el cumplimiento y la aplicación del funcionamiento de control interno.
Punto de enfoque N.2.- Captura de datos de fuente interna y externa - los sistemas de información capturan fuentes de datos internas y externas.	20	Incipiente	Máxima	Novato	Incipiente:	Llevar un control íntegro de los datos internos y externos que maneja la Sección de Desarrollo Social , por medio de sistemas de información que permitan tener una recopilación de la información.

Punto de enfoque N.3.- Se procesan datos relevantes en información - los sistemas de información procesan y transforman datos relevantes en información.	20	Incipiente	Máxima	Novato	Incipiente:	Contar con procesos de registro, procesamiento de los datos además de un seguimiento para valorar la calidad del funcionamiento de sus sistemas de información, así como para asegurar que las no conformidades detectadas se atiendan de manera oportuna y efectiva.
Punto de enfoque N.4.- Se conserva la calidad de la información en todo el proceso - los sistemas de información producen información oportuna, actualizada, precisa, completa, accesible, protegida, verificable y retenida. La información se revisa para evaluar su relevancia en el apoyo a los componentes de control interno.	20	Incipiente	Máxima	Novato	Incipiente:	Implementar un sistema de información para gestionar en forma organizada, uniforme, consistente y oportuna la información que genera la Institución con el fin de generar características especiales siendo actualizada, oportuna, precisa, completa, accesible, protegida y así apoyar a los componentes del control interno.
Puntó de enfoque N.5.- Considera los costos y los beneficios - la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada son acordes con y respaldan el logro de los objetivos.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Solicitar se establezcan y realicen más procedimientos que contribuyan a asegurar la operatividad del sistema y cumplimiento de logros institucionales.
Principio N.14.- La organización obtiene o genera y utiliza información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno	36	Novato	Alta	Competente	Novato:	Constar que los sistemas de información producen información operacional financiera y suplementaria que hacen posible manejar y controlar la operatividad de la Sección de Desarrollo Social asegurando y garantizando la obtención de información relevante y de calidad. Solicitar el establecimiento de canales de accesos externos, actividades y condiciones necesarias en la información para la toma de decisiones e información externa.
Punto de enfoque N.1.- Se comunica información del control interno - existe un proceso para comunicar la información requerida para que todo el personal pueda comprender y cumplir con sus responsabilidades de control interno.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Verificar que sistemas de información se está utilizando para que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización a todas las áreas y niveles de la entidad.
Punto de enfoque N.2.- Existe comunicación con el directorio - existe una comunicación entre la administración y la junta directiva para que ambos tengan la información necesaria para cumplir con sus roles con respecto a los objetivos de la entidad.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Llevar una comunicación constante entre la Jefatura y los miembros de las diferentes áreas con canales y medios de información correctos con el fin de conocer la información que requieren para llevar a cabo sus funciones y actividades.
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallos para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales son inoperantes o ineficaces.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Establecer mecanismos de comunicación tanto para los funcionarios como para los pacientes y usuarios para conocer sus consultas, quejas reclamos en caso de existir.
Punto de enfoque N.4.- Selecciona el método de comunicación relevante - el método de comunicación considera el tiempo, la audiencia y la naturaleza de la información.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Definir un método de comunicación entre la Jefatura y funcionarios para mantener un constante control del desempeño de sus acciones.
Principio N.15.- La organización se comunica con los grupos de interés externos sobre los aspectos claves que afectan al funcionamiento del control interno	48	Competente	Media	Diestro	Competente:	Utilizar de canales de tecnología que permita contar con información suficiente en todos los campos de la entidad para la adecuada y oportuna toma de decisiones y comunicación eficiente a los grupos de interés externo en el tiempo y necesidades requeridas por estos.

Punto de enfoque N.1.- Existe comunicación con partes externas - existen procesos para comunicar información relevante y oportuna a partes externas, incluidos accionistas, socios, propietarios, reguladores, clientes y analistas financieros y otras partes externas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Establecer procesos para realizar la comunicación Informativa, entre todas las áreas para presentar información relevante a los pacientes, usuarios , personal
Punto de enfoque N.2.- Existe medios que faciliten las comunicaciones que provienen del exterior - los canales de comunicación abiertos permiten la entrada de clientes, consumidores, proveedores, auditores externos, reguladores, analistas financieros y otros, brindando a la administración y al consejo de administración información relevante.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Verificar políticas, procedimientos y medios de comunicación establecidos en cuanto a designación de responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos, actividades y tareas que configuran la operación de la Entidad.
Punto de enfoque N.3.- Se Provee líneas de comunicación adecuadas - existen canales de comunicación separados, como las líneas directas de denuncias, que funcionan como mecanismos a prueba de fallas para permitir la comunicación anónima o confidencial cuando los canales normales no funcionan o no funcionan	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Realizar evaluaciones periódicas en cuanto a la utilidad, oportunidad y confiabilidad de los canales y mecanismos de comunicación e información con el propósito de constatar la existencia de líneas de comunicación adecuadas.
Punto de enfoque N.4.- Se selecciona el o los métodos relevantes de comunicación - el método de comunicación considera el momento, la audiencia y la naturaleza de la comunicación y los requisitos y expectativas legales, regulatorios y fiduciarios.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Establecer que métodos de comunicación e información se está utilizando para los grupos de interes externos con el objetivo de que la información contribuya al mejoramiento continuo de la Entidad
Punto de enfoque N.5- Se comunica con la Junta Directiva -la información relevante que resulta de las evaluaciones realizadas por partes externas se comunica a la Junta Directiva.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	Verificar si los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de comunicación externa.
Sección 5 — SUPERVISIÓN	56	Competente	Media	Diestro	Emprender acciones para:	
Principio N.16.- La organización selecciona, desarrolla y realiza evaluaciones contunias y/o independientes para determinar si los componentes del sistema de control interno estan presentes y en funcionamiento	51	Competente	Media	Diestro	Competente:	La máxima autoridad de la entidad debe tener un conocimiento amplio sobre sobre el giro de negocio de la misma, con la finalidad de reconocer puntos críticos de Control Interno.
Punto de enfoque N.1.- Se considera un mix de evaluaciones continuas o específicas - la administración incluye un balance de evaluaciones continuas y separadas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La máxima autoridad debe autorizar al personal competente realizar seguimiento continuo al crecimiento o a las complicaciones que se presenten con la finalidad de tener un estado real de la misma
Punto de enfoque N.2.- Se establece el entendimiento de una línea base para evaluar el estado actual de C.I. - el diseño y el estado actual de un sistema de control interno se utilizan para establecer una línea de base para evaluaciones continuas y separadas.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	Establecer evaluaciones del estado actual del control interno, en cada una de las áreas para identificar las falencias y resgos que estan presentes.
Punto de enfoque N.3.- Se hace uso personal con suficiente conocimiento - los evaluadores que realizan evaluaciones continuas y separadas tienen suficiente conocimiento para comprender lo que se está evaluando.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura debe fijar el equipo encargado de realizar las evaluaciones , asignado a un delegado por cada área tomando en cuenta los conocimientos para evitar que el momento de las evaluaciones no se presenten incongruencias.
Punto de enfoque N.4.- Las evaluaciones continuadas están incluidas en el diseño del proceso - las evaluaciones continuas están integradas en los procesos de negocios y se ajustan a las condiciones cambiantes.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura debe establecer un cronograma de evaluaciones a todo el personal con la finalidad de ver el grado de comprometimiento que mantienen con la institución de salud

Punto de enfoque N.5.- La gerencia ajusta el alcance y la frecuencia de las evaluaciones específicas - la administración considera la tasa de cambio en los procesos de negocios y de negocios al seleccionar y desarrollar evaluaciones continuas y separadas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura debe tener una planificación orientada al desarrollo de las evaluaciones y determinar el modo de realizarlas.
Punto de enfoque N.6.- Se evalúa objetivamente - se realizan evaluaciones separadas periódicamente para proporcionar retroalimentación objetiva	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	La Jefatura debe realizar evaluaciones separadas a cada una de las áreas que posee la Sección de Desarrollo Social con el fin de identificar los problemas que existen y mejoras correspondientes
Punto de enfoque N.7.- Ajusta el alcance y la frecuencia; la administración varía el alcance y la frecuencia de evaluaciones separadas según el riesgo.	40	Novato	Alta	Competente	Novato:	La Jefatura no debe descuidar el evaluar al personal ya que el no hacerlo periódicamente dará una información errada del estado del personal y de los riesgos que se presentan.
Principio N.17.- La organización evalúa y comunica las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar las medidas correctivas incluyendo la alta dirección y el consejo, según corresponda.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura debe tener normas sobre el flujo de la información la misma que debe ser oportuna, veraz y eficaz.
Punto de enfoque N.1.- Se evalúan los resultados- la administración y la junta directiva, según corresponda, evalúan los resultados de las evaluaciones continuas y separadas.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La Jefatura tomara acciones para que evalúen todos los resultados de las evaluaciones continuas y separadas de los funcionarios médicos, personal administrativo, de servicio y apoyo de la institución.
Punto de enfoque N.2.- Comunicación de deficiencias - las deficiencias se comunican a las partes responsables de tomar medidas correctivas y a la alta gerencia y al consejo de administración, según corresponda.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La máxima autoridad al encontrar diferencias comunicara de manera inmediata a los responsables de cada departamento y pedirá las medidas que se debe tomar para superar la situación.
Punto de enfoque N.3.- Se monitorean las acciones correctivas - la administración hace un seguimiento de si las deficiencias se solucionan de manera oportuna.	60	Competente	Media	Diestro	Competente:	La máxima autoridad realizará seguimiento permanente a las acciones correctivas con la finalidad de conseguir un alto impacto de recuperación.

ANEXO C: ENCUESTA

Encuesta sobre la satisfacción y calidad en el servicio en los usuarios de las instituciones de asistencia social de salud de la provincia de Tungurahua

*Obligatorio

Percepción de la calidad: dimensión tangibilidad

Esta dimensión se analiza a través de la satisfacción de los usuarios sobre las instalaciones físicas (equipamiento e infraestructura), presentación personal, limpieza, señalética, cantidad y comodidad de camillas, camas, sillas en las instituciones de asistencia social de salud.

Indique su nivel de satisfacción al acudir a la institución de asistencia social de salud. Considere que 1 es totalmente insatisfecho y 5 totalmente satisfecho. *

	1 Totalmente insatisfecho	2 Insatisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Totalmente satisfecho
Instalaciones físicas (equipamiento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instalaciones físicas (infraestructura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presentación del personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Señalética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comodidad de camillas, sillas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protocolos de bioseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indique su nivel de satisfacción al momento de recibir atención en la institución de asistencia social de salud . Considere que 1 es totalmente insatisfecho y 5 totalmente satisfecho. *

	1 Totalmente insatisfecho	2 Insatisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Totalmente satisfecho
Tiempo de espera para la atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumplimiento en los Horarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interés de los funcionarios en solucionar su requerimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confianza transmitida por los profesionales de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipo de bioseguridad usados por los funcionarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Al momento de recibir la atención médica, indique cuál fue el tiempo de espera. *

- Entre 5 - 25 Minutos
- Entre 26 - 51 Minutos
- Entre 52 - 77 Minutos
- Entre 78 - 100 Minutos
- Más de 100 minutos

Percepción de la calidad; dimensión capacidad de respuesta

Referente a la disposición de los empleados de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno, esta dimensión se mide al considerar la sencillez de los trámites, solución de quejas y reclamos y de la disposición de los empleados por resolver preguntas de los usuarios.

Indique su nivel de satisfacción al momento de recibir atención de los funcionarios de la institución de asistencia social de salud . Considere que 1 es totalmente insatisfecho y 5 totalmente satisfecho. *

	1 Totalmente insatisfecho	2 Insatisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Totalmente satisfecho
Disposición de empleados por resolver preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sencillez de trámites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solución de quejas y reclamos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percepción de la calidad; dimensión seguridad

Los conocimientos, capacidades y habilidades de los funcionarios al momento de prestar un servicio se analizan con el fin de conocer si el usuario se siente seguro al recibirlos.

Indique su nivel de satisfacción al momento de recibir atención de los médicos de la institución de asistencia social de salud . Considere que 1 es totalmente insatisfecho y 5 totalmente satisfecho. *

	1 Totalmente insatisfecho	2 Insatisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Totalmente satisfecho
Medicamentos apropiados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad de profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explicaciones del personal de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medidas bioseguridad de los médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percepción de la calidad; dimensión empatía

El nivel de empatía de los funcionarios al momento de prestar un servicio se analizan con el fin de conocer si el usuario se siente seguro al recibirlos.

Indique su nivel de satisfacción al momento de recibir el trato directo del cuadro médico de la institución de asistencia social de salud . Considere que 1 es totalmente insatisfecho y 5 totalmente satisfecho. *

	1 Totalmente insatisfecho	2 Insatisfecho	3 Medianamente satisfecho	4 Satisfecho	5 Totalmente satisfecho
Trato del equipo de salud (Auxiliar, Enfermería, Médicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trato del personal médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensión frente a necesidades y sentimientos del usuario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>