

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD MENCIÓN AUDITORIA**



TESIS:

**MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO PARA EL
CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL
REGIONAL CUSCO – PERIODO 2017**

PRESENTADO POR: BACH.PILAR HERMOZA ARMUTO
Para Optar al Grado Académico de Maestro en Contabilidad,
Mención Auditoria

ASESOR: MGT. ATILIO VARGAS ELGUERA

CUSCO – PERÚ
2019

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTO	10
PRESENTACIÓN.....	11
RESUMEN	12
ABSTRACT (SUMMARY).....	14
PALABRAS CLAVE	16
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	17
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	19
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	19
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	22
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPITULO II.....	23
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	23
2.1. BASES TEÓRICAS.....	23
2.1.1. GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO ...	23
2.1.2. NORMAS ESPECÍFICAS DEL PROCESO DE ALMACENAMIENTO:	28
2.1.2.1. RECEPCIÓN:.....	28
2.1.2.2. VERIFICACIÓN Y CONTROL:	29
2.1.2.3. INTERNAMIENTO:.....	30
2.1.2.4. REGISTRO Y CONTROL:	30
2.1.2.5. CUSTODIA:.....	31
2.1.3. SISTEMA NACIONAL DE CONTROL	32
2.1.4. PRINCIPIOS DEL CONTROL GUBERNAMENTAL	35

2.1.5. DEFINICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL.....	38
2.1.6. NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO ..	40
2.1.7. NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO.....	43
2.1.7.1. NORMAS DE CONTROL PARA EL ÁREA DE ABASTECIMIENTO Y ACTIVOS FIJOS	44
2.1.7.2. IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO	44
2.1.8. MARCO GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO	45
2.1.9. ESTRUCTURA DEL CONTROL INTERNO	47
2.1.9.1. AMBIENTE DE CONTROL INTERNO	48
2.1.9.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	49
2.1.9.3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL.....	49
2.1.9.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES.....	50
2.1.9.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO.....	50
2.1.10. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO	50
2.1.11. APOYO INSTITUCIONAL A LOS CONTROLES INTERNOS.....	51
2.1.12. CONTROL DE CALIDAD SOBRE LOS SERVICIOS BRINDADOS	52
2.1.13. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA EN LAS ENTIDADES.....	54
2.1.13.1. NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE ABASTECIMIENTO Y ACTIVOS FIJOS	55
2.1.13.2. CRITERIO DE ECONOMÍA EN LA COMPRA DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.....	56
2.1.13.3. UNIDAD DE ALMACÉN.....	56
2.1.13.4. TOMA DE INVENTARIO FÍSICO.....	57
2.2. MARCO CONCEPTUAL	59
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	62
CAPITULO III.....	64
HIPÓTESIS Y VARIABLES	64
3.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	64
3.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES	64

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	65
3.2.2. VARIABLES DEPENDIENTE.....	65
INDICADORES.....	65
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	66
CAPITULO IV	67
METODOLOGÍA.....	67
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO: LOCALIZACIÓN POLÍTICA Y GEOGRÁFICA.....	67
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
4.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
4.2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	68
4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	68
4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	68
4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	68
4.6. TÉCNICAS SELECCIÓN DE LA MUESTRA	69
4.7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	69
4.8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	69
	69
CAPITULO V	70
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	70
5.1. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
5.3.1 PROPUESTA DEL FORTALECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO DEL MOF DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	101
5.3.2 MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	104
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES.....	112
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS.....	114
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	115
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	117

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA..	70
TABLA 2 ¿EN EL AMBIENTE DE CONTROL INTERNO EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?	71
TABLA 3 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES GENERALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?	72
TABLA 4 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?	73
TABLA 5 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES PARA SERVIDORES A CARGO DE TODAS LAS FASES OPERATIVAS QUE DESARROLLAN LOS DIFERENTES PROCESOS ES?.....	74
TABLA 6 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO LOS PROCESOS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE LOS PACIENTES SON?.....	75
TABLA 7 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS PACIENTES SON?.....	76
TABLA 8 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE EXPLORACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SIS Y DEL SOAT Y PACIENTES NO ASIGNADOS SON?	77
TABLA 9 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD MEDIANTE EL SIS Y SOAT SON?.....	78
TABLA 10 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE INFORME DEL USO DEL SIS Y SOAT SON?	79
TABLA 11 ¿EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE USO MÉDICO SU APLICACIÓN ES ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS DE USO MÉDICO?	80
TABLA 12 ¿CÓMO ES EL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS EN LAS ATENCIONES REALIZADAS?	81
TABLA 13 ¿LAS DECISIONES TOMADAS RESPECTO AL USO DE LOS	

RECURSOS MÉDICOS LOS REPORTES DISPONIBLES SON?	82
TABLA 14 ¿LOS RECURSOS MÉDICOS, LOS REPORTES ACTUALMENTE SON DISPONIBLES?	83
TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO	84
TABLA 16 DESCRIPCIÓN DE LA BAREMACIÓN Y ESCALA DE INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE HABILIDADES DIRECTIVAS Y CULTURA ORGANIZACIONAL	85
TABLA 17 NIVELES DE CONFIABILIDAD	86
TABLA 18 ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD CON EL ALFA DE CRONBACH	86
TABLA 19 PRUEBA DE SHAPIRO WILK PARA UNA MUESTRA.....	87
TABLA 20 “TAU-B DE KENDALL”	88
TABLA 21 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO	88
TABLA 22 DIMENSIONES DEL MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO	89
TABLA 23 DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS	90
TABLA 24 DIMENSIÓN DE LA VARIABLE ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS	91
TABLA 25 TABLA CRUZADA DEL MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO Y EL CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS.....	92
TABLA 26 TABLA CRUZADA AMBIENTE DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO.....	95
TABLA 27 TABLA CRUZADA DE REGISTRO DE CONTROL INTERNO Y MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO.....	97
TABLA 28 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO Y ORGANIZACIÓN DEL USO DE LOS RECURSOS MÉDICOS	99
TABLA 29 MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES GENERALES	102
TABLA 30 MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES ESPECÍFICAS ..	103
TABLA 31 CHECK LIST N° 001.....	104
TABLA 32 CHECK LIST N° 002.....	104
TABLA 33 CHECK LIST N° 003.....	105
TABLA 34 CHECK LIST N° 004.....	105
TABLA 35 CHECK LIST N° 005.....	106
TABLA 36 RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN.....	107

TABLA 37 EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA ACREDITAR SU CONDICIÓN.....	107
TABLA 38 REGISTRO DEL BENEFICIARIO EN EL PROGRAMA.....	108
TABLA 39 REGISTRO E INFORME DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	108

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1 PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	70
GRÁFICO 2 ¿ EN EL AMBIENTE DE CONTROL INTERNO EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTION ES?	71
GRÁFICO 3 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES GENERALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?	72
GRÁFICO 4 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?	73
GRÁFICO 5 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES PARA SERVIDORES A CARGO DE TODAS LAS FASES OPERATIVAS QUE DESARROLLAN LOS DIFERENTES PROCESOS ES?.....	74
GRÁFICO 6 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO LOS PROCESOS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE LOS PACIENTES SON?	75
GRÁFICO 7 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS PACIENTES SON?	76
GRÁFICO 8 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE EXPLORACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SIS Y DEL SOAT Y PACIENTES NO ASIGNADOS SON?	77
GRÁFICO 9 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD MEDIANTE EL SIS Y SOAT SON?	78

GRÁFICO 10 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE INFORME DEL USO DEL SIS Y SOAT SON?	79
GRÁFICO 11 ¿EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE USO MÉDICO SU APLICACIÓN ES ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS DE USO MÉDICO?	80
GRÁFICO 12 ¿CÓMO ES EL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS EN LAS ATENCIONES REALIZADAS?	81
GRÁFICO 13 ¿LAS DECISIONES TOMADAS RESPECTO AL USO DE LOS RECURSOS MÉDICOS LOS REPORTES DISPONIBLES SON?	82
GRÁFICO 14 ¿LOS RECURSOS MÉDICOS, LOS REPORTES ACTUALMENTE SON DISPONIBLES?	83
GRÁFICO 15 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO.....	88
GRÁFICO 16 DIMENSIONES DEL MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO	89
GRÁFICO 17 CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS	90
GRÁFICO 18 ORGANIZACIÓN DEL USO DE LOS RECURSOS MÉDICOS..	91
GRÁFICO 19 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO.....	93
GRÁFICO 20 AMBIENTE DE CONTROL	95
GRÁFICO 21 REGISTRO DE CONTROL INTERNO.....	97
GRÁFICO 22 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO.....	99
GRÁFICO 23 FLUJO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	109

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a DIOS quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, quien en todo momento difícil estuvo presente y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi desempeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

PILAR HERMOZA ARMUTO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis docentes de la Maestría, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido este proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación logre importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener un grado académico.

Gracias también a mis queridos compañeros. Que me apoyaron y permitieron entrar en su vida durante estos tres años de convivir dentro del salón de clase especialmente a mis amigos GIRALDO CUELA PAIVA.

PILAR HERMOZA ARMUTO

PRESENTACIÓN

En la Región del Cusco se encuentra distribuidos diversos establecimientos de atención de salud que van desde los hospitales hasta las unidades o Centros de atención de salud que dependen orgánicamente del Ministerio de Salud y funcionalmente de la Región del Cusco.

En la ciudad del Cusco se ubica el Hospital Regional, nosocomio que data su fundación de 1963, durante el gobierno del presidente Fernando Belaunde Terry, el mismo que presta atención de salud a una población que no está comprendida dentro del sistema de seguridad social de ESSalud, constituyéndose en el eje dinámico, de prestación de salud, y por el momento el único, en consideración que el Hospital Antonio Lorena se encuentra atendiendo bajo circunstancias coyunturales harto conocidas.

La problemática operativa de la prestación de salud se presenta en todos sus servicios en particular del Servicio de Emergencias; sin embargo, la situación problemática si bien está estrechamente ligada con el aspecto presupuestario / financiero, esta presenta diversas debilidades en el proceso mismo de la prestación de salud de emergencia, pues se ha observado que no existe un apropiado control interno para cautelar el uso de los materiales y suministros médicos.

Este trabajo de investigación está referido precisamente a contribuir a mejorar los actuales controles internos que débilmente se encuentran considerados en los protocolos médicos, por lo tanto un diagnóstico de esta problemática, que se presenta en el servicio de emergencias, obedece a la falta de actualización y acondicionamiento del control interno, el cual debería estar en función del servicio que se desea controlar, mas no es así, pues es un control general que no considera los procedimientos que se van a realizar.

La autora

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado **“MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO PARA EL CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO – PERIODO 2017”** tiene como propósito diseñar e implementar procedimientos de control interno mejorados para que contribuyan con la gestión del servicio de emergencia que es prestado por el Hospital Regional del Cusco.

La hipótesis está referida a que, una propuesta de mejora del diseño del control interno y su adecuada implementación en los procedimientos internos que se llevan a cabo en los protocolos médicos del servicio de emergencia, permitirán mejorar la gestión de este servicio de salud, el cual es parte de las competencias y servicios que presta el Hospital Regional del Cusco.

El tipo de investigación es aplicativa o tecnológica. El nivel de la investigación es descriptivo, y su diseño es no experimental, puesto que las variables no serán objeto de manipulación por parte del investigador.

El contenido de la presente investigación se encuentra sistematizado y decorticado en los siguientes capítulos:

Capítulo I. Planteamiento del Problema

Capítulo II. Marco teórico Conceptual

Capítulo III. Hipótesis y variables

Capítulo IV. Metodología

Capítulo V. Resultados y discusión

De la investigación se desprende y establece la necesidad de mejorar el control interno para que las actividades funcionales del servicio de emergencia puedan estar debidamente organizados, y que su aplicación y observancia sean transversalmente aplicados en todos y cada uno de sus procesos, los cuales serán cubiertos por medidas de control interno, de esta forma todos sus

actividades funcionales serán más eficientes, eficaces y racionalmente desglosables, otorgándoles un alto grado de razonabilidad de confianza, lo que permitirá cautelar adecuadamente el uso de los medios y recursos asignados al servicio de emergencia del Estado del Hospital Regional.

Las recomendaciones son dirigidas a la Dirección Regional de Salud para que esta las tenga en consideración y de esta manera vea la forma de implantarlo a este servicio, a través de los procedimientos de control interno, manuales de organización y funciones y diagramas de flujos.

Cusco, 15 de diciembre 2018.

ABSTRACT (SUMMARY)

The present research work entitled "IMPROVEMENT OF INTERNAL CONTROL FOR THE ADEQUATE CONTROL OF MEDICAL RESOURCES OF THE EMERGENCY SERVICE OF THE CUSCO REGIONAL HOSPITAL - PERIOD 2017" has the purpose of designing and implementing improved internal control procedures so that they contribute to the management of the service of emergency that is lent by the Regional Hospital of Cusco.

The hypothesis is that a proposal to improve the design of internal control and its proper implementation in the internal procedures that are carried out in the medical protocols of the emergency service, will improve the management of this health service, which It is part of the competencies and services provided by the Regional Hospital of Cusco.

The type of research is applicative or technological. The level of the research is descriptive, and its design is non-experimental, since the variables will not be manipulated by the researcher.

The content of the present investigation is systematized and decorticated in the following chapters:

Chapter I. Introduction

Chapter II. Theoretical framework

Chapter III. Hypothesis Variably

Chapter IV. Methodology

Chapter V. Development and Discussion

The investigation reveals and establishes the need to improve internal control so that the functional activities of the emergency service can be properly organized, and that its application and enforcement be applied transversally in each and every one of its processes, which will be covered by internal control measures, in this way all its functional activities will be more efficient, effective

and rationally disaggregatable, giving them a high degree of reasonableness of trust, which will adequately protect the use of resources and resources assigned to the emergency service of the State of the Regional Hospital.

The recommendations are directed to the Regional Health Directorate for it to take them into consideration and thus see how to implement it to this service, through the internal control procedures, organization manuals and functions and flow diagrams.

Cusco, December 15, 2018.

PALABRAS CLAVE

- **CONTROL INTERNO**
- **RECURSOS MÉDICOS**
- **GESTIÓN**
- **SERVICIO DE EMERGENCIA**
- **CONTROL ADECUADO**

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Hospital Regional ubicado en la Región del Cusco, es una unidad de atención de salud del Ministerio de Salud, el mismo que se encuentra orgánicamente estructurada en órganos de: Dirección, Planeamiento, Asesoría y Control, Línea y de Apoyo Administrativo, manteniendo una dependencia funcional de la Región de Salud y Gobierno Regional Cusco Orgánica del Ministerio de Salud.

Las actividades funcionales correspondientes a los órganos de apoyo administrativo se encuentran debidamente comprendidas dentro del alcance riguroso y estricto de las Normas de Control Interno, dispuestas por la Contraloría General, esto en virtud de que son organismos públicos que se hallan dentro del alcance del Sistema Nacional de Control.

De otro lado, se encuentran las actividades funcionales, operativas, presupuestales y operativas correspondientes a la prestación del servicio de salud que lleva a cabo el Hospital Regional, dentro de estas se encuentran orgánicamente estructurados diversos servicios de salud que atiende, encontrándose dentro de ellos el referido al servicio de emergencia.

En el aspecto del servicio de emergencia, se ha observado una situación problemática cual es que carece de un adecuado control interno que cautele por el debido, cabal, oportuno cumplimiento del uso de los materiales y suministros de salud durante el desarrollo de los protocolos médicos que se prestan en la atención a los usuarios y que son practicados por los servidores de salud (médicos, enfermeras, y personal técnico de enfermería, laboratorios y otros).

Es por ello que este trabajo realiza una precisa identificación, diagnóstica la situación, analiza y evalúa los hechos, para luego identificar en que procesos del servicio de emergencia carece de control interno, el mismo que debe ser mejorado a través de un diseño que este en función de los procesos que se llevan a cabo en el protocolo medico referido a emergencias, de esta manera se podrá proveer, alertar y evaluar apropiadamente el uso y empleo eficiente y eficaz que le otorguen a los materiales e insumos médicos, durante el desarrollo de los protocolos médicos que se ejecutan en la atención de los pacientes.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN. - El presente trabajo de investigación desarrollado se encuentra enmarcado dentro del campo de la Contabilidad, concretamente en el área correspondiente al Sector Público, comprendiendo en su alcance lo relativo al control interno gubernamental del Sistema Nacional de Control, la cual involucra y comprende a los bienes fungibles que se emplean en los servicios médicos de salud de emergencia.

Este trabajo es eminentemente de naturaleza de control gubernamental y comprende a las diferentes funciones administrativas, financieras y operativas que se llevan a cabo en la gestión de la presentación del servicio de emergencia, cuando lleva a cabo la atención de salud a los pacientes que usan este servicio.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL SUJETO DE ESTUDIO. - El Hospital Regional - Cusco, que funcionalmente depende de la Región de Salud y del Gobierno Regional Cusco ha sido seleccionada para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, el cual se ubica en el Departamento del Cusco, Provincia de Cusco, Distrito de Cusco.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA. - Como hemos podido indicar anteriormente los aspectos relativos a la gestión financiera que se llevan a cabo en el servicio de emergencia del Hospital Regional - Región Cusco del MINSA, se encuentra comprendido dentro del alcance de las Normas

de Control Interno Gubernamental, pero en lo que corresponde al adecuado uso y empleo de los materiales e insumos médicos, no se encuentran apropiadamente controlados.

La gestión financiera en el sector público se realiza a través de los sistemas administrativos, los cuales por la naturaleza de las actividades funcionales que se llevan a cabo pertenecen a los órganos de apoyo administrativo, en ese sentido la relación del órgano de almacén con el servicio de emergencia es evidente.

De otro lado no se puede dejar de mencionar que la naturaleza funcional que llevan a cabo los órganos de apoyo administrativo es para apoyar directamente a la razón de la entidad, lo que se lleva a cabo a través de las actividades operativas que despliegan sus órganos de línea.

De otro lado los órganos de línea, son aquellos órganos responsables que llevan a cabo el conjunto de actividades funcionales que son la razón de ser del Hospital Regional Cusco.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación de mejoramiento del control interno con en el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Existe relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?

2. ¿Cuál es la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?
3. ¿Cómo es la relación del mejoramiento del control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Un hecho que se ha establecido durante el levantamiento de información y sobre todo la oportunidad de laborar en la Región de Salud del Cusco, en la parte administrativa, es conocer hechos sobre los cuales siempre se muestra como una constante problemática, no precisamente sobre los resultados finales de la atención a los pacientes, sino sobre aspectos de los materiales e insumos médicos, los cuales no pueden ser controladas adecuadamente.

Los procedimientos médicos para la atención de los pacientes están contenidos en sus protocolos médicos, explicitados como fases sucesivas que se deben llevar a cabo; sin embargo, por motivos circunstanciales propios de las limitaciones de los recursos materiales se omiten ejecutarlos algunos de estos, lo que no compromete el resultado final en favor del paciente, pero si estas fases están inscritas es porque su desarrollo es necesario. Esta situación de la ocurrencia de las omisiones por razones circunstanciales obedece a que se les **“resta importancia”** esto al no haber un mecanismo de control interno operativo que los identifique y determine qué resultados generan, no se les puede medir, evaluar, prevenir, etc., por lo tanto los protocolos médicos están dados, ***mas no el mecanismo de control interno que contribuya a que los mismos sean identificados en términos de resultados, recursos, tiempos***, pero así mismo, no están claramente identificados que fases son importantes, las cuales se asocian a controles clave y que otros son

complementarios y necesarios , los que se asocian como controles ordinarios.

CONVENIENCIA DE LA INVESTIGACIÓN. - Este trabajo de investigación se realiza en las competencias funcionales de la prestación del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, lo cual al identificar y circunscribir la situación problemática va emerger una propuesta de solución para que el uso de los materiales e insumos médicos empleados puedan ser controlados apropiadamente.

RELEVANCIA SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN. - El presente trabajo contribuirá con la adecuada prestación del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cusco, donde la población usuaria será mejor atendida pues contará oportunamente con los materiales e insumos médicos para realizar las atenciones de los pacientes.

IMPLICANCIAS PRÁCTICAS DE LA INVESTIGACIÓN. - Este trabajo propondrá un diseño a la medida de los controles internos, para que estén dispuestos en función de las actividades operativas que se llevan a cabo en cada uno de los procesos de los protocolos médicos establecidos para el Servicio de Emergencia.

VALOR TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.- La propuesta de la mejora del control interno, se basará en la instrumentalización y utilización de las técnicas normativas estructuradas por la Contraloría General, las cuales están establecidas para diseñar y desarrollar mecanismos de control en la administración pública, para que de esta manera la entidad pública pueda contar e implementar un adecuado control interno que se ajuste a sus actividades funcionales, fortaleciéndolo en su finalidad y ajustado a sus procesos de los protocolos médicos.

UTILIDAD METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN. - Esta investigación otorgará una guía de propuesta de fortalecimiento del control interno, el cual estará adecuado y diseñado para las aquellas

actividades que comprendan el servicio de salud, en este caso, del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, para ello se establecer un diseño metodológico que racionalice la forma como se debe obtener y procesar la información, que servirá para realizar un análisis y evaluación apropiadas.

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017
2. Determinar la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.
3. Determinar la relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO¹

Orientar el desarrollo de las actividades para la aplicación del modelo de implementación del Sistema de Control interno en las entidades del Estado de los tres niveles de gobierno, a fin de fortalecer el Control interno para el eficiente, transparente y adecuado ejercicio de la función pública en el uso de los recursos del Estado. ALCANCE La presente Guía, al ser un documento orientador y complementario, podrá ser utilizada por funcionarios y servidores públicos de las entidades del Estado sujetas a control de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N. 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República. SIGLAS Y DEFINICIONES 3.1, Siglas CCI: Comité de Control interno CGR: Contraloría General de la República OCI Órgano de Control institucional SCI: Sistema de Control interno.

Definiciones.

Acta de compromiso: Es el documento a través del cual el Titular y la Alta Dirección de la entidad manifiestan su interés y voluntad política para implementar el SCI de manera integral en su entidad, con el fin de gestionar de manera eficiente, eficaz y Transparente los recursos públicos en beneficio de la ciudadanía.

Capacitación: Consiste en generar o fortalecer las capacidades, impartir conceptos, características y demás aspectos necesarios Sobre Control interno, Gestión por procesos y Gestión de Riesgos, a través de cursos, talleres o similares, para una adecuada implementación del SCI. .

¹ RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA N° 004 2017 CG

Comité de Control interno: Es el equipo con capacidad y atribuciones para la toma de decisiones en la entidad, responsable de promover, orientar, coordinar y realizar seguimiento a las acciones para la implementación del SCI.

Coordinador de Control interno: Es designado por cada unidad orgánica de la entidad y es responsable de facilitar información y atender las consultas que surjan durante la implementación del SCI.

Diagnóstico: Es un medio de análisis para determinar el estado situacional del SCI, que consiste en identificar las brechas existentes a través de la recopilación de información, su ordenamiento, análisis y la obtención de resultados que permitan formular propuestas para implementar y fortalecer el SCI.

Equipo de Trabajo Operativo: Es un equipo multidisciplinario que brinda soporte al CCI en relación a las fases de planificación y ejecución durante el proceso de implementación del SCI, capacitado en temas de Control interno, gestión por procesos y gestión de riesgos.

Equipo de Trabajo Evaluador: Es un equipo multidisciplinario que brinda soporte al CCT en relación a la fase de evaluación al proceso de implementación del SCI, capacitado en temas de Control interno, gestión por procesos y gestión de riesgos.

Plan de Trabajo: Es el documento que define el curso de acción a seguir para cerrar las brechas identificadas.

Programa de Trabajo: Es un instrumento que permite definir el curso de acción para realizar el diagnóstico del SCI de una entidad, el que involucra aspectos de gestión por procesos y gestión de riesgos.
"Cualquier impresión no es válida para el SGC PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO AL 1 A CONFIRMATORIA.

Sensibilización: Consiste en socializar el concepto, importancia y objetivos del Control interno a través de charlas, así como persuadir e involucrar a los funcionarios y servidores públicos de la entidad sobre su rol activo en el proceso de implementación del SCI en la entidad.

MARCO CONCEPTUAL. Constitución Política del Perú. . Ley No 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y sus modificatorias. . Ley N' 28716, Ley de Control interno de las Entidades del Estado, y sus modificatorias. . Ley N' 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016. . Ley N' 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. . Decreto Supremo N' 004-2013-PCI/, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. . Resolución de Contraloría N' 149-2016-CG, que aprueba la Directiva N' 013-2016-CG/GPROD denominada "implementación del Sistema de Control interno de las entidades del Estado". . Control interno - Marco integrado COSO 2013.

RESPONSABILIDADES La actualización, difusión y la absolución de consultas referidas al uso y aplicación de la presente Guía es responsabilidad del Departamento de Estudios e investigaciones o la unidad orgánica que haga las veces.

GENERALIDADES La implementación del SCI en la entidad contribuye al logro de sus objetivos institucionales mediante una gestión eficiente, eficaz y transparente de los recursos públicos, en beneficio de la ciudadanía. Es preciso resaltar que el modelo de implementación orienta la estructuración formal del SCI, momento a partir del cual el mismo ingresa en un ciclo continuo, dinámico y permanente en el tiempo.

6.1. Modelo de implementación del Sistema de Control interno Las entidades inician o complementan su implementación del SCI de acuerdo a] siguiente Modelo de implementación, observando en qué etapa y fase se encuentran: Grafico N° 1 Modelo de implementación del SCI no es válida para el SGC

LA CONTRALORÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES O EL ESTADO. Plazos para implementar el Sistema de Control interno El plazo para que las entidades del Estado implementen su SCI inicio el primer día del mes de enero de 20'16, según lo dispuesto en la Ley N' 30372, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 20'16. En el caso de aquellas entidades que hubieran implementado una etapa con anterioridad a la vigencia de la Directiva N" 013-2016-CG/GPROD, no se le descontare bs meses establecidos para el desarrollo de esa etapa del

plazo total de implementación del SCI. Los plazos máximos para implementar el SCI se muestran a continuación: Cuadro N' I Plazos para implementar el SCI Plazo por nivel de Gobierno. Elaboración del Plan de trabajo para el cierre de brechas 2 3 FASE DE PLANIFICACIÓN La efectividad de la implementación del SCI depende en gran medida del cumplimiento de las actividades, que constituyen cada una de las tres etapas que componen la Fase de Planificación. Esta fase tiene por finalidad desarrollar un plan de trabajo que permita a la entidad implementar progresivamente su SCI. En esta fase se considera la importancia de establecer el compromiso de todos los niveles organizacionales de la entidad mediante un compromiso formal y por escrito del Titula. Y la Alta Dirección con el proceso de implementación del SCI y la constitución de un Comité de Control interno responsable del mismo. Entre las acciones a seguir, está la formulación de un diagnóstico de la situación actual del SCI de la entidad, lo que facilita la posterior elaboración de un plan de Trabajo Este comprende las acciones apropiadas que deben seguirse para la implementación del SCI que asegure razonablemente su efectivo funcionamiento. 'Cualquier impresión no es válida para et SGC" PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO GUÍA Tarea 1: Convocar a reunión a todos los funcionarios que forman parte de la alta Dirección sin excepción cuya agenda debe incluir la toma de conocimiento respecto a los roles responsabilidades y plazos para la implementación del SCL y su importancia para la entidad. Suscribir el acta de compromiso del Anexo N° 01° Acta de compromiso institucional, elaborado por el secretario Técnico del ccl por el Titular y todos los funcionarios que forman parte de Tarea 3;

ETAPA I: Acciones preliminares En esta etapa se desarrollan actividades de formalización del compromiso institucional para la implementación del SCI. Actividad 1: Suscribir acta de compromiso Es importante que el Titular y todos los funcionarios que conforman la Alta Dirección de la entidad se comprometan formalmente en la implementación del SCI, así como velar por su eficaz funcionamiento, para lo cual suscriben un acta

de compromiso a fin de que el Proceso de implementación del SCI, de acuerdo al Grafico N' 1 de la presente Guía, fluya desde el nivel directivo hacia el mando medio y operativo de la entidad, de forma vertical transversal dentro de la organización. A continuación, se muestra un cuadro con las principales tareas propuestas referidas a esta actividad:

Cuadro N' 2 Actividad 1: Suscribir acta de compromiso 1. Acta de compromiso Tarea 1: Suscribir un acta de compromiso individual Acta de compromiso Anexo N° 02: Acta de compromiso individual) elaborado individual por el Secretario Técnico del CCI en congruencia con el acta de compromiso institucional: dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de designado en el caso Tarea 2: luego que este haya sido conformado y se encuentre señalado para el siguiente (Tarea 3: Solicitar la publicación del acta a La oficina de informática o la que haga sus veces, en el portal web institucional portal de transparencia, según sea el caso Actividad 2: Conformar Comité de Control interno Es necesaria la designación formal de un Comité de Control interno, que es el encargado de poner en marcha las acciones necesarias para la adecuada implementación del SCI y su eficaz funcionamiento, a través de la mejora continua y constituye una instancia a través de la cual se monitorea el proceso de implementación del SCI. 'Cualquier impreso no es válida para el SGC' LA CONTRALORÍA GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES O EL ESTADO. La designación del Comité de Control Interno se efectúa señalando el cargo y la unidad orgánica de los funcionarios que formarán parte de la misma, en calidad de titulares o suplentes y asignándoles los roles de presidente, Secretario Técnico o miembro. Cuando exista rotación de estos funcionarios, quien asuma el cargo automáticamente asuma su rol como parte de dicho comité. El CCI sesiona periódicamente tomando conocimiento de los avances y adoptando los acuerdos necesarios para implementar el SCI en la entidad.

2.1.2. NORMAS ESPECÍFICAS DEL PROCESO DE ALMACENAMIENTO:

El almacenamiento es un proceso técnico del abastecimiento, las actividades concernientes a este proceso, están referidas a la ubicación temporal de bienes en un espacio físico determinado con fines de custodia como vía para trasladarlos físicamente (temporal o definitivo) a quienes lo necesitan.

En este proceso el almacenero debe realizar las siguientes fases:

Recepción, verificación y control de calidad, internamiento, registro, control y custodia.

2.1.2.1. RECEPCIÓN:

Se efectuará teniendo a la vista los documentos de recibo (Orden de Compra o Guía de Remisión u otro documento análogo).

Examinará en presencia de la persona responsable de la entrega: los registros, sellos, envolturas, embalajes, etc. a fin de informar cualquier anomalía.

Contará y pesará los paquetes, bultos y/o el equipo recepcionados y se asegurará de anotar las discrepancias encontradas en los documentos de recibo. El pesaje puede omitirse cuando el número y características de los bienes recepcionados permitan efectuar una verificación cuantitativa sin problema alguno. Así mismo, en la documentación de recibo se deberá anotar:

- Nombre de la persona que hace la entrega;
- Nombre de la persona que recibe la mercadería;
- Número de la Placa del vehículo utilizado en el transporte (cuando sea pertinente);
- Fecha y hora de recepción.

2.1.2.2. VERIFICACIÓN Y CONTROL:

Comprende actividades que deben realizarse en un lugar predeterminado independiente de la zona de almacenaje.

Se efectúa en presencia de la persona que hace la entrega cuando la cantidad y características de los bienes permitan realizar la verificación cuantitativa y cualitativa en el momento de la recepción.

Si por el número y características de los bienes decepcionados fuera necesario mayor tiempo para efectuar la verificación y control de calidad; el Jefe de Almacén suscribirá la Guía respectiva dando conformidad sólo por el número de bultos recibidos y el peso bruto respectivo.

La verificación cuantitativa implica comprobar que las cantidades recibidas son iguales a las que se consignan en la documentación e recibo, incluyendo las comprobaciones dimensionales de identificación, tales como: longitud, capacidad, volumen, peso, gravedad, presión, temperatura, etc.

En la verificación cualitativa, denominada control de calidad se realizará la verificación de las características y propiedades de los bienes recepcionados y que estos estén de acuerdo con las especificaciones técnicas solicitadas.

Tratándose de bienes que por sus características ameritan ser sometidos a pruebas de conformidad, las pruebas o exámenes eran encargados por el Sub Gerente del Órgano de Abastecimiento a especialistas o entes especializados del Gobierno Regional o de cualquier otro Organismo del Sector Público, y excepcionalmente al Sector Privado.

La conformidad de la recepción será suscrita por el responsable de Almacén en el rubro respectivo de la Orden de Compra y Guía respectiva, la misma que se debe sustentar en la verificación que éste realice o con el Informe favorable de las pruebas de conformidad a que se refiere el literal anterior.

2.1.2.3. INTERNAMIENTO:

Comprende acciones orientadas a ubicar los bienes en los lugares previamente asignados en el almacén, de tal manera que su identificación sea ágil y oportuna;

Deberá agruparse los bienes según su tipo, periodo de vencimiento, dimensión, etc.;

Se evitará dividir un grupo de bienes del mismo tipo en zonas de almacenaje distintas;

Si el almacén de abastecimiento no cuenta con los equipos o ambientes especiales para la conservación de determinados bienes, estos se internarán a través de otros órganos u organismos que cuenten con ellos, correspondiendo responsabilidad de la custodia a estos últimos. El Jefe de Almacén efectúa la constatación del ingreso y da conformidad al mismo.

2.1.2.4. REGISTRO Y CONTROL:

Una vez ubicados los bienes en las zonas de almacenaje, debe registrarse su ingreso en la Tarjeta de Control Visible, la misma que será colocada junto al grupo de bienes registrados. En el caso de los bienes que proceden de donaciones, transferencias u

otros conceptos distintos de la compra, se procederá previamente a formular la correspondiente Nota de Entrada a Almacén.

Copia del documento de ingreso (Orden de Compra-Guía de Internamiento Nota de Entrada a Almacén) servirá para el registro correspondiente del ingreso en la Tarjeta de Existencia Valorada de Almacén.

Los bienes que se incorporan al Patrimonio Mobiliario Institucional se codifican conforme al procedimiento establecido en la Resolución N°158-97/SBN de fecha 09.06.97, que aprobó el Catálogo Nacional de Bienes Muebles del Estado y Directiva que norma su aplicación., así como del “Manual de Codificación del Patrimonio Mobiliario Institucional del Sector Público” aprobado por Resolución Jefatura N°126-89-INAP/DNA.

2.1.2.5. CUSTODIA:

Es el conjunto de actividades que se realizan con la finalidad de que los bienes almacenados conserven las mismas características físicas y numéricas en que fueron recibidos.

Cada artículo almacenado debe ser protegido de elementos naturales como la humedad, luz, lluvia, etc., según las técnicas estipuladas en las Normas Técnicas, manual del fabricante u otros textos especializados.

Las áreas físicas destinadas a servir de almacén deben ser rodeadas de medios necesarios para proteger a las personas, el material almacenado, mobiliario, equipos y las instalaciones mismas de riesgos internos y externos, así como robos o sustracciones, acciones de sabotaje, incendios, inundaciones, etc.

- Igualmente, se debe considerar todos los aspectos de protección al personal que labora en almacén por los daños que puedan causar a su integridad física; dotándosele de los equipos e implementos necesarios para la adecuada manipulación de materiales y diseñando planes de seguridad que contemplen programas de evacuación para casos de siniestros (incendios, terremotos, inundaciones), y de entrenamiento en el manejo de equipos de manipulación de materiales y de seguridad.
- El Sistema Nacional de Control esta normado mediante **LEY N°27785, publicado el 23 de julio del 2002 en el Diario Oficial El Peruano**, la misma que constituye el eje central de la estructura legal y se establece que la Contraloría General de República viene a erigirse como el ente Rector del Sistema. Esta norma regula el control gubernamental, el proceso y sobre todo establece los principios, fundamentos, propósitos, atribuciones, que son los que interesan al fin de este trabajo de investigación. Por ello solo se consideran aquellos artículos que son pertinentes.

2.1.3. SISTEMA NACIONAL DE CONTROL²

La Ley establece que las normas que regulan el ámbito, organización, atribuciones y funcionamiento del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República como ente técnico rector de dicho Sistema.

Es objeto de la Ley propender al apropiado, oportuno y efectivo ejercicio del control gubernamental, para prevenir y verificar, mediante la aplicación de principios, sistemas y procedimientos técnicos, la correcta, eficiente y transparente utilización y gestión de los recursos y bienes del Estado, el desarrollo honesto y probo de las funciones y actos de las autoridades, funcionarios y servidores públicos, así como el cumplimiento de metas y resultados obtenidos por las instituciones sujetas a control, con la

²LEY N° 27785, SISTEMA NACIONAL DE CONTROL publicada el 23 de julio del 2002 en el Diario Oficial El Peruano,

finalidad de contribuir y orientar el mejoramiento de sus actividades y servicios en beneficio de la Nación.

Las normas contenidas en la presente Ley y aquellas que emita la Contraloría General son aplicables a todas las entidades sujetas a control por el Sistema, independientemente del régimen legal o fuente de financiamiento bajo el cual operen. Dichas entidades sujetas a control por el Sistema, que en adelante se designan con el nombre genérico de entidades, son las siguientes:

- a.** El Gobierno Central, sus entidades y órganos que, bajo cualquier denominación, formen parte del Poder Ejecutivo, incluyendo las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, y sus respectivas instituciones.
- b.** Los Gobiernos Regionales y Locales e instituciones y empresas pertenecientes a los mismos, por los recursos y bienes materia de su participación accionaria.
- c.** Las unidades administrativas del Poder Legislativo, del Poder Judicial y del Ministerio Público.
- d.** Los Organismos Autónomos creados por la Constitución Política del Estado y por ley, e instituciones y personas de derecho público.
- e.** Los organismos reguladores de los servicios públicos y las entidades a cargo de supervisar el cumplimiento de los compromisos de inversión provenientes de contratos de privatización.
- f.** Las empresas del Estado, así como aquellas empresas en las que éste participe en el accionariado, cualquiera sea la forma societaria que adopten, por los recursos y bienes materia de dicha participación.
- g.** Las entidades privadas, las entidades no gubernamentales y las entidades internacionales, exclusivamente por los recursos y bienes del Estado que perciban o administren.

En estos casos, la entidad sujeta a control, deberá prever los mecanismos necesarios que permitan el control detallado por parte del Sistema.

Las entidades que, en uso de sus facultades, destinen recursos y bienes del Estado, incluyendo donaciones provenientes de fuentes extranjeras cooperantes, a entidades no gubernamentales nacionales o internacionales no sujetas a control, se encuentran obligadas a informar a la Contraloría General, sobre la inversión y sus resultados, derivados de la evaluación permanente que debe practicarse sobre tales recursos.

Dichos recursos y bienes serán administrados por los beneficiarios de acuerdo a la finalidad o condición de su asignación, para cuyo efecto se utilizarán registros y/o cuentas especiales que permitan su análisis específico, asimismo, en sus convenios o contratos se establecerá la obligación de exhibir dichos registros ante la Contraloría General, cuando ésta lo requiera.

El control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública, en atención al grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, así como del cumplimiento de las normas legales y de los lineamientos de política y planes de acción, evaluando los sistemas de administración, gerencia y control, con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes. El control gubernamental es interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente.

El control interno comprende las acciones de cautela previa, simultánea y de verificación posterior que realiza la entidad sujeta a control, con la finalidad que la gestión de sus recursos, bienes y operaciones se efectúe correcta y eficientemente. Su ejercicio es previo, simultáneo y posterior.

El control interno previo y simultáneo compete exclusivamente a las autoridades, funcionarios y servidores públicos de las entidades como responsabilidad propia de las funciones que le son inherentes, sobre la base de las normas que rigen las actividades de la organización y los

procedimientos establecidos en sus planes, reglamentos, manuales y disposiciones institucionales, los que contienen las políticas y métodos de autorización, registro, verificación, evaluación, seguridad y protección.

El control interno posterior es ejercido por los responsables superiores del servidor o funcionario ejecutor, en función del cumplimiento de las disposiciones establecidas, así como por el órgano de control institucional según sus planes y programas anuales, evaluando y verificando los aspectos administrativos del uso de los recursos y bienes del Estado, así como la gestión y ejecución llevadas a cabo, en relación con las metas trazadas y resultados obtenidos.

Es responsabilidad del Titular de la entidad fomentar y supervisar el funcionamiento y confiabilidad del control interno para la evaluación de la gestión y el efectivo ejercicio de la rendición de cuentas, propendiendo a que éste contribuya con el logro de la misión y objetivos de la entidad a su cargo.

El Titular de la entidad está obligado a definir las políticas institucionales en los planes y/o programas anuales que se formulen, los que serán objeto de las verificaciones a que se refiere esta Ley.

2.1.4. PRINCIPIOS DEL CONTROL GUBERNAMENTAL

- a.** La universalidad, entendida como la potestad de los órganos de control para efectuar, con arreglo a su competencia y atribuciones, el control sobre todas las actividades de la respectiva entidad, así como de todos sus funcionarios y Servidores, cualquiera fuere su jerarquía.
- b.** El carácter integral, en virtud del cual el ejercicio del control consta de un conjunto de acciones y técnicas orientadas a evaluar, de manera cabal y completa, los procesos y operaciones materia de examen en la entidad y sus beneficios económicos y/o sociales obtenidos, en relación con el gasto

generado, las metas cualitativas y cuantitativas establecidas, su vinculación con políticas gubernamentales, variables exógenas no previsibles o controlables e índices históricos de eficiencia.

- c.** La autonomía funcional, expresada en la potestad de los órganos de control para organizarse y ejercer sus funciones con independencia técnica y libre de influencias. Ninguna entidad o autoridad, funcionario o servidor público, ni terceros, pueden oponerse, interferir o dificultar el ejercicio de sus funciones y atribuciones de control.
- d.** El carácter permanente, que define la naturaleza continua y perdurable del control como instrumento de vigilancia de los procesos y operaciones de la entidad.
- e.** El carácter técnico y especializado del control, como sustento esencial de su operatividad, bajo exigencias de calidad, consistencia y razonabilidad en su ejercicio; considerando la necesidad de efectuar el control en función de la naturaleza de la entidad en la que se incide.
- f.** La legalidad, que supone la plena sujeción del proceso de control a la normativa constitucional, legal y reglamentaria a aplicable a su actuación.
- g.** El debido proceso de control, por el que se garantiza el respeto y observancia de los derechos de las entidades y personas, así como de las reglas y requisitos establecidos.
- h.** La eficiencia, eficacia y economía, a través de los cuales el proceso de control logra sus objetivos con un nivel apropiado de calidad y óptima utilización de recursos.
- i.** La oportunidad, consistente en que las acciones de control se lleven a cabo en el momento y circunstancias debidas y pertinentes para cumplir su cometido.
- j.** La objetividad, en razón de la cual las acciones de control se realizan sobre la base de una debida e imparcial evaluación de fundamentos de hecho y de derecho, evitando apreciaciones subjetivas.

- k.** La materialidad, que implica la potestad del control para concentrar su actuación en las transacciones y operaciones de mayor significación económica o relevancia en la entidad examinada.
- l.** El carácter selectivo del control, entendido como el que ejerce el Sistema en las entidades, sus órganos y actividades críticas de los mismos, que denoten mayor riesgo de incurrir en actos contra la probidad administrativa.
- m.** La presunción de licitud, según la cual, salvo prueba en contrario, se reputa que las autoridades, funcionarios y servidores de las entidades, han actuado con arreglo a las normas legales y administrativas pertinentes.
- n.** El acceso a la información, referido a la potestad de los órganos de control de requerir, conocer y examinar toda la información y documentación sobre las operaciones de la entidad, aunque sea secreta, necesaria para su función.
- o.** La reserva, por cuyo mérito se encuentra prohibido que durante la ejecución del control se revele información que pueda causar daño a la entidad, a su personal o al Sistema, o dificulte la tarea de este último.
- p.** La continuidad de las actividades o funcionamiento de la entidad al efectuar una acción de control.
- q.** La publicidad, consistente en la difusión oportuna de los resultados de las acciones de control u otras realizadas por los órganos de control, mediante los mecanismos que la Contraloría General considere pertinentes.
- r.** La participación ciudadana, que permita la contribución de la ciudadanía en el ejercicio del control gubernamental.
- s.** La flexibilidad, según la cual, al realizarse el control, ha de otorgarse prioridad al logro de las metas propuestas, respecto de aquellos formalismos cuya omisión no incida en la validez de la operación objeto de la verificación, ni determinen aspectos relevantes en la decisión final.

2.1.5. DEFINICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL

El Sistema Nacional de Control es el conjunto de órganos de control, normas, métodos y procedimientos, estructurados e integrados funcionalmente, destinados a conducir y desarrollar el ejercicio del control gubernamental en forma descentralizada.

Su actuación comprende todas las actividades y acciones en los campos administrativo, presupuestal, operativo y financiero de las entidades y alcanza al personal que presta servicios en ellas, independientemente del régimen que las regule.

Efectuar la supervisión, vigilancia y verificación de la correcta gestión y utilización de los recursos y bienes del Estado, el cual también comprende supervisar la legalidad de los actos de las instituciones sujetas a control en la ejecución de los lineamientos para una mejor gestión de las finanzas públicas, con prudencia y transparencia fiscal, conforme a los objetivos y planes de las entidades, así como de la ejecución de los presupuestos del Sector Público y de las operaciones de la deuda pública.

Formular oportunamente recomendaciones para mejorar la capacidad y eficiencia de las entidades en la toma de sus decisiones y en el manejo de sus recursos, así como los procedimientos y operaciones que emplean en su accionar, a fin de optimizar sus sistemas administrativos, de gestión y de control interno.

Impulsar la modernización y el mejoramiento de la gestión pública, a través de la optimización de los sistemas de gestión y ejerciendo el control gubernamental con especial énfasis en las áreas críticas sensibles a actos de corrupción administrativa.

Propugnar la capacitación permanente de los funcionarios y servidores públicos en materias de administración y control gubernamental. Los objetivos de la capacitación estarán orientados a consolidar, actualizar y especializar su formación técnica, profesional y ética. Para dicho efecto, la Contraloría General, a través de la Escuela Nacional de Control, o mediante Convenios celebrados con entidades públicas o privadas ejerce un rol tutelar en el desarrollo de programas y eventos de esta naturaleza. Los titulares de las entidades están obligados a disponer que el personal que labora en los sistemas administrativos participe en los eventos de capacitación que organiza la Escuela Nacional de Control, debiendo tales funcionarios y servidores acreditar cada dos años dicha participación.

- a.** Dicha obligación se hace extensiva a las Sociedades de Auditoría que forman parte del Sistema, respecto al personal que empleen para el desarrollo de las auditorías externas.
- b.** Exigir a los funcionarios y servidores públicos la plena responsabilidad por sus actos en la función que desempeñan, identificando el tipo de responsabilidad incurrida, sea administrativa funcional, civil o penal y recomendando la adopción de las acciones preventivas y correctivas necesarias para su implementación. Para la adecuada identificación de la responsabilidad en que hubieren incurrido funcionarios y servidores públicos, se deberá tener en cuenta cuando menos las pautas de: identificación del deber incumplido, reserva, presunción de licitud, relación causal, las cuales serán desarrolladas por la Contraloría General.
- c.** Emitir, como resultado de las acciones de control efectuadas, los Informes respectivos con el debido sustento técnico y legal, constituyendo prueba preconstituida para el inicio de las acciones administrativas y/o legales que sean recomendadas en dichos informes.

- d. En el caso de que los informes generados de una acción de control cuenten con la participación del Ministerio Público y/o la Policía Nacional, no corresponderá abrir investigación policial o indagatoria previa, así como solicitar u ordenar de oficio la actuación de pericias contables.
- e. Brindar apoyo técnico al Procurador Público o al representante legal de la entidad, en los casos en que deban iniciarse acciones judiciales derivadas de una acción de control, prestando las facilidades y/o aclaraciones del caso, y alcanzando la documentación probatoria de la responsabilidad incurrida.

2.1.6. NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO³

Las Normas de Control Interno para el Sector Público son guías generales dictadas por la Contraloría General de la República, con el objeto de promover una sana administración de los recursos públicos en las entidades en el marco de una adecuada estructura del control interno. Estas normas establecen las pautas básicas y guían el accionar de las entidades del sector público hacia la búsqueda de la efectividad, eficiencia y economía de las operaciones.

1. Los titulares de cada entidad son responsables de establecer, mantener, revisar y actualizar la estructura de control interno, que debe estar en función a la naturaleza de sus actividades y volumen de operaciones, considerando en todo momento el costo – beneficio de los controles y procedimientos implantados.
2. Las normas de control interno se fundamentan en principios y prácticas de aceptación general, así como en aquellos criterios y fundamentos que con mayor amplitud se describen en el marco

³ RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA Nº 072-2000 – CG, la Contraloría General de la República ha dictado un conjunto de normas relativas a establecer las **NORMAS DE CONTROL INTERNO**, para ser aplicadas en el Sector Público

general de la estructura de control interno para el sector público que forma parte de este documento.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público tienen los objetivos siguientes:

- a) Servir de marco de referencia en materia de control interno para las prácticas y procedimientos administrativos y financieros;
 - b) Orientar la formulación de normas específicas para el funcionamiento de los procesos de gestión e información gerencial en las entidades públicas;
 - c) Proteger y conservar los recursos de la entidad, asegurando que las operaciones se efectúen apropiadamente;
 - d) Controlar la efectividad y eficiencia de las operaciones realizadas y que éstas se encuentren dentro de los programas y presupuestos autorizados;
 - e) Permitir la evaluación posterior de la efectividad, eficiencia y economía de las operaciones, a través de la auditoría interna o externa, reforzando el proceso de responsabilidad institucional; y,
 - f) Orientar y unificar la aplicación del control interno en las entidades públicas.
3. Las Normas de Control Interno para el Sector Público se aplican en todas las entidades comprendidas dentro del ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control, bajo la supervisión de los titulares de las entidades y de los jefes responsables de la administración gubernamental o de los funcionarios que hagan sus veces.
 4. En caso que estas normas no sean aplicables en determinadas situaciones, será mencionado específicamente en el rubro limitaciones al alcance de cada norma. La Contraloría General de la República establecerá los procedimientos para determinar las excepciones a que hubiere lugar.

5. Las Normas de Control Interno para el Sector Público no interfieren con las disposiciones establecidas por la legislación, ni limitan las normas dictadas por los sistemas administrativos, así como otras normas que se encuentren vigentes. La aplicación de estas normas contribuye al fortalecimiento de la estructura de control interno establecida en las entidades.

Es competencia de la Contraloría General de la República, en su calidad de organismo rector del Sistema Nacional de Control la emisión y/o modificación de las normas de control interno aplicables a las entidades del sector públicas sujetas a su ámbito.

Las Normas de Control Interno para el Sector Público tienen la siguiente estructura:

- a) Código: contiene cinco dígitos, los tres primeros indican el área/ sub áreas y, los dos últimos, la numeración correlativa
- b) Título: es la denominación breve de la norma.
- c) Sumilla: Es el parte dispositivo de la norma o el enunciado que debe implementarse en cada entidad.
- d) Comentarios: Es la explicación sintetizada de la norma que describe aquellos criterios que faciliten su implantación en las entidades públicas.
- e) Limitaciones al alcance: Precisa en los casos que sean aplicables a aquellas entidades eximidas de su cumplimiento, por factores específicos.

Las normas de control interno para el Sector Público tienen las características siguientes:

- a) Concordantes con el marco legal vigente, directivas y normas emitidas por los sistemas de presupuesto, tesoro, endeudamiento público y

contabilidad gubernamental, así como con otras disposiciones relacionadas con el control interno.

- b) Compatibles con los principios del control interno, principios de administración y las normas de auditoría gubernamental emitidas por la Contraloría General de la República.
- c) Sencillas y claras en su presentación y referidas a un asunto específico.
- d) Flexibles, permiten su adaptación y actualización periódica de acuerdo con las circunstancias, según los avances en la modernización de la administración gubernamental.

Las normas de control interno para el Sector Público se encuentran agrupadas por áreas y sub áreas. Las áreas de trabajo constituyen zonas donde se agrupan un conjunto de normas relacionadas con criterios afines.

- a) Normas generales de control interno
- b) Normas de control interno para la administración financiera gubernamental
- c) Normas de control interno para el área de abastecimiento y activos fijos
- d) Normas de control interno para el área de administración de personal
- e) Normas de control interno para el área de obras públicas

2.1.7. NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO

Comprenden las normas que promueven la existencia de un control interno sólido y efectivo en las entidades públicas, cuya implementación constituye responsabilidad de los niveles de dirección y gerencia en éstas. La combinación de estas normas establece el contexto requerido para un control interno apropiado en cada entidad pública.

2.1.7.1. NORMAS DE CONTROL PARA EL ÁREA DE ABASTECIMIENTO Y ACTIVOS FIJOS

Regulan los aspectos relativos al proceso de abastecimiento, así como respecto a los mecanismos de protección y conservación de activos fijos.

2.1.7.2. IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO

Corresponde al Sistema Nacional de Control formular recomendaciones para mejorar la eficiencia de las entidades en la toma de decisiones y en el manejo de sus recursos, así como los procedimientos y operaciones que utilizan en su accionar, con el fin de optimizar sus sistemas administrativos, de gestión y de control interno.

Todas las normas internas y procedimientos administrativos que se dicten en el sector público, deben ser concordantes con las normas de control interno emitidas por la Contraloría General de la República, conforme a lo dispuesto en el Artículo 16° inciso b) del Decreto Ley N° 26162, Ley del Sistema Nacional de Control.

El titular de cada entidad debe adoptar las acciones orientadas a la implementación progresiva de las normas de control interno, mediante la aprobación de procedimientos y cualquier otro instrumento normativo.

La Contraloría General de la República, los Órganos de Auditoría Interna de las entidades públicas y los auditores externos, deben evaluar el cumplimiento de las normas de control interno para el sector público como parte de su examen, independientemente, de la autoevaluación que cada entidad debe practicar con determinada periodicidad para identificar aquellas áreas susceptibles de ser mejoradas.

2.1.8. MARCO GENERAL DE LA ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO

El Marco general de la estructura de control interno define los conceptos básicos, tanto de la estructura de control interno, como de sus componentes que se encuentran integrados en el proceso administrativo en las entidades públicas. También determina la responsabilidad de los niveles de dirección y gerencia, incluyendo la actitud de la alta dirección, para el establecimiento, mantenimiento y evaluación continua del control interno institucional. La combinación de estos conceptos determina el ámbito necesario para un efectivo sistema de control interno en cada entidad que incrementará su efectividad y eficiencia. El marco general de la estructura de control interno comprende:

- Definición de control interno.
- Estructura del control interno.
- Responsabilidad de la dirección en la implementación del control interno.
- Limitaciones de la efectividad del control interno.

DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO. - Es un proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y, el personal de la entidad; para proporcionar seguridad razonable, respecto a si están lográndose los objetivos siguientes:

- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios que deben brindar cada entidad pública;
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y,

- Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad.

Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios que debe brindar cada entidad pública. Este objetivo se refiere a los controles internos que adopta la administración para asegurar que se ejecuten las operaciones, de acuerdo a criterios de efectividad, eficiencia y economía. Tales controles comprenden los procesos de planeamiento, organización, dirección y control de las operaciones en los programas, así como los sistemas de medición de rendimiento y monitoreo de las actividades ejecutadas.

La efectividad tiene relación directa con el logro de los objetivos y metas programadas; la eficiencia se refiere a la relación existente entre los bienes o servicios producidos y los recursos utilizados para producirlos; en tanto que, la economía, se refiere a los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos físicos, financieros y humanos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible.

El control de calidad en el sector público debe permitir promover mejoras en las actividades que desarrollan las entidades y proporcionar mayor satisfacción en el público, menos defectos y desperdicios, mayor productividad y menores costos en los servicios.

Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. Este objetivo está relacionado con las medidas adoptadas por la administración para prevenir o detectar operaciones no autorizadas, acceso no autorizado a recursos o, apropiaciones para la entidad, incluyendo los casos de despilfarro, irregularidad o uso ilegal de recursos.

Los controles para la protección de activos no están diseñados para cautelar las pérdidas derivadas de actos de ineficiencia gerencial, como, por ejemplo, adquirir equipos innecesarios o insatisfactorios.

Cumplimiento de leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales. Este objetivo se refiere a que los administradores gubernamentales, mediante el dictado de políticas y procedimientos específicos, aseguran que el uso de los recursos públicos sea consistente con las disposiciones establecidas en las leyes y reglamentos, y concordante con las normas relacionadas con la gestión gubernamental.

Elaborar información financiera válida y confiable. Presentada con oportunidad. Este objetivo tiene relación con las políticas, métodos y procedimientos dispuestos por la administración para asegurar que la información financiera elaborada por la entidad es válida y confiable, al igual que sea revelada razonablemente en los informes. Una información es válida porque se refiere a operaciones o actividades que ocurrieron y que tiene las condiciones necesarias para ser considerada como tal; en tanto que una información confiable es aquella que brinda confianza a quien la utiliza.

2.1.9. ESTRUCTURA DEL CONTROL INTERNO

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

Esto permite que los directores de las entidades se ubiquen en el nivel de sus supervisores de los sistemas de control, en tanto que los gerentes que son los verdaderos ejecutivos, se posicionen como los responsables del sistema de control interno, a fin de fortalecerlo y dirigir los esfuerzos hacia el logro de sus objetivos. Para operar la estructura de control interno se requiere la implementación de sus componentes, que se encuentran interrelacionados e integrados al proceso administrativo. Los componentes pueden considerarse como un conjunto de normas que son utilizadas para el medir el control interno y determinar su efectividad, los que se describen a continuación:

- Ambiente de Control Interno
- Evaluación del Riesgo
- Actividades de Control Gerencial
- Sistemas de información y comunicaciones
- Actividades de Monitoreo

2.1.9.1. AMBIENTE DE CONTROL INTERNO

Se refiere al establecimiento de un entorno que estimule e influencie las tareas de las personas con respecto al control de sus actividades. Como el personal resulta ser la esencia de cualquier actividad, sus atributos constituyen el motor que la conduce y la base sobre la que todo descansa.

El ambiente de control tiene gran influencia en la forma en que son desarrolladas las operaciones, se establecen los objetivos y estiman los riesgos. Igualmente, tiene relación con el comportamiento de los sistemas de información y con las actividades de monitoreo. Son elementos del ambiente de control, entre otros, integridad y valores éticos, estructura orgánica,

asignación de autoridad y responsabilidad y políticas para la administración de personal.

2.1.9.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

El riesgo se define como la probabilidad de que un evento o acción afecte adversamente a la entidad. Su evaluación implica la identificación, análisis y manejo de los riesgos relacionados con la elaboración de estados financieros y que pueden incidir en el logro de los objetivos del control interno en la entidad. Estos riesgos incluyen eventos o circunstancias internas o externas que pueden afectar el registro, procesamiento y reporte de información financiera, así como las representaciones de la gerencia en los estados financieros. Son elementos de la evaluación del riesgo, entre otros, cambios en el ambiente operativo del trabajo, ingreso de nuevo personal, implementación de sistemas de información nuevos y reorganización en la entidad.

La evaluación de riesgos debe ser responsabilidad de todos los niveles gerenciales involucrados en el logro de objetivos. Esta actividad de autoevaluación que practica la dirección debe ser revisada por los auditores internos para asegurar que los objetivos, enfoque, alcance y procedimientos han sido apropiadamente realizados. También esta autoevaluación debe ser revisada por los auditores externos en su examen anual.

2.1.9.3. ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

Se refieren a las acciones que realizan la gerencia y otro personal de la entidad para cumplir diariamente con las funciones asignadas. Son importantes porque en sí mismas implican la forma correcta de hacer las cosas, así como también porque el dictado de políticas y procedimientos y la evaluación de su cumplimiento, constituyen medios idóneos para asegurar el logro

de objetivos de la entidad. Son elementos de las actividades de control gerencial, entre otros, las revisiones del desempeño, el procesamiento de información computarizada, los controles relativos a la protección y conservación de los activos, así como la división de funciones y responsabilidades.

2.1.9.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Se refiere al conjunto de sistemas que están dispuesto dentro de la entidad con la finalidad de comunicar, transmitir y difundir los aspectos relativos al control interno dentro del personal, quienes conocerán de manera oportuna y precisa la naturaleza, contexto de las medidas preventivas, con cursivas y posteriores que deben observar durante su ejercicio funcional en el puesto de trabajo.

2.1.9.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Representan al proceso que evalúa la calidad del control interno en el tiempo y permite al sistema reaccionar en forma dinámica, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran. Se orienta a la identificación de controles débiles, insuficientes o innecesarios y, promueve su reforzamiento.

2.1.10. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL INTERNO

El control interno es efectuado por diversos niveles, cada uno de ellos con responsabilidades importantes. Los directivos, la gerencia y los auditores internos y otros funcionarios de menor nivel contribuyen para que el sistema de control interno funcione con efectividad, eficiencia y economía.

Una estructura sólida del control interno es fundamental para promover el logro de sus objetivos y la eficiencia y economía en

las operaciones de cada entidad. Por ello, la dirección es responsable de la aplicación y supervisión del control interno.

La legislación puede establecer la definición del control interno y sus objetivos, así como prescribir las políticas que se deben aplicar para supervisar la estructura de control interno e informar sobre su idoneidad.

La dirección de una entidad gubernamental debe adoptar una actitud positiva frente a los controles internos, que le permita tener una seguridad razonable, en cuanto a que los objetivos del control interno han sido logrados. Para contribuir al fortalecimiento del control interno han sido logrados. Para contribuir al fortalecimiento del control interno en el sector público, la dirección debe asumir el compromiso de implementar los criterios que se enumeraron a continuación:

- Apoyo institucional a los controles internos;
- Responsabilidad sobre la gestión;
- Clima de confianza en el trabajo;
- Transparencia en la gestión gubernamental; y,
- Seguridad razonable sobre el logro de los objetivos del control interno.

2.1.11. APOYO INSTITUCIONAL A LOS CONTROLES INTERNOS

Los directivos y todo el personal de la entidad deben mostrar y mantener una actitud positiva y de apoyo a los controles internos. La actitud es una característica de la alta dirección de cada entidad y se refleja en todos los aspectos relativos a su actuación. Su participación y apoyo favorece la existencia de una actitud positiva.

Esta actitud puede lograrse mediante el compromiso de la dirección por implementar controles internos apropiados en la entidad y asignarles la debida prioridad.

Los directivos deben demostrar su apoyo a los controles internos efectivos, destacando la importancia a una auditoría interna objetiva e independiente, que identifica las áreas en que puede mejorarse el rendimiento y, reaccionando favorablemente ante la información que incluye sus informes.

Los funcionarios y empleados de la entidad deben aplicar los controles internos y adoptar medidas que promuevan su efectividad. El respaldo de la alta dirección sobre los controles internos repercute sobre el nivel de rendimiento y favorece la calidad de éstos.

100 NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO

En esta sección se presentan las normas de control interno que conjuntamente con el marco general de la estructura de control interno para el sector público, constituyen los criterios y las guías que deben utilizar las entidades del sector público para implantar y fortalecer la estructura de control interno en sus diferentes actividades. Las normas generales han sido redactadas teniendo en cuenta los conceptos modernos que sobre control interno han publicado diversos organismos profesionales y, recogen fundamentalmente, aquellos principios y prácticas sanas de control interno de aplicación general utilizadas para promover la administración eficiente de los recursos públicos.

2.1.12. CONTROL DE CALIDAD SOBRE LOS SERVICIOS BRINDADOS

La dirección debe promover la aplicación del control calidad para conocer la bondad de sus servicios y/o productos, el grado de satisfacción de parte del público y el impacto de sus programas o actividades.

01. El control de calidad aplicado en el sector gubernamental, debe permitir a las entidades promover mejoras e incrementar la eficacia en las actividades que desarrollan. Cuando se aplica de un modo eficaz el control de calidad, puede proporcionar mayor satisfacción en el público, menos defectos y desperdicio en la producción de bienes y/o servicios, mayor productividad y menores costos; por ello, es importante crear un ambiente en donde la calidad tenga la más alta prioridad institucional.
02. La implementación de la calidad en la entidad debe partir del análisis de las necesidades del público y la evaluación objetiva respecto del grado en que son satisfechas. Esto incluye el diseño de un plan para cerrar la brecha existente entre la situación actual y la deseada. Corresponde a los administradores gubernamentales establecer metas de calidad y proporcionar recursos para desarrollar los programas de calidad, dentro de un libre flujo de información y de acuerdo a la disponibilidad de recursos existente.
03. La capacitación en el manejo de las técnicas de control de calidad, resulta ser una herramienta importante para incrementar las habilidades de los servidores. Los esfuerzos para mejorar la calidad requieren del apoyo y la participación de la alta dirección y de quienes trabajan en equipo para implementar los cambios.
04. Corresponde a la dirección, el monitoreo de los esfuerzos para mejorar y controlar la calidad de los servicios, mediante la utilización de herramientas y técnicas, tales como el control estadístico de la calidad y la aplicación de programas de mejoramiento continuo. Asimismo, compete a la dirección administrar los obstáculos que puedan ser creados en los niveles de decisión intermedios, al ver disminuir su poder de

decisión por la reducción de las barreras funcionales y por un mayor trabajo en equipo.

2.1.13. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA EN LAS ENTIDADES

La alta dirección de cada entidad debe ser responsable de organizar, mantener y fortalecer la Oficina de Auditoría Interna, como parte de una adecuada estructura de control interno.

01. En toda entidad del sector público que se encuentre dentro del ámbito de competencia del Sistema Nacional de Control debe establecerse un Órgano de Auditoría Interna (OAI). Sus objetivos consisten en evaluar el cumplimiento de los planes, políticas, leyes, reglamentos, normas y procedimientos que pueden tener una incidencia importante en las operaciones, verificar los mecanismos para salvaguardar activos, evaluar la economía y eficiencia con que está siendo utilizados los recursos, así como el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas para las operaciones y programas.

02. Para que los OAI operen con efectividad y eficiencia corresponde a la dirección de cada entidad adoptar, entre otras acciones:
 - Ubicar al OAI al más alto nivel jerárquico de la entidad para garantizar su independencia, respecto de las actividades y operaciones por examinar.
 - Brindar el debido respaldo a las labores que cumple el OAI.
 - Dotar al OAI de personal profesional, así como los recursos materiales necesarios para cumplir con su misión.
 - Apoyar la implementación de las recomendaciones contenidas en los informes que emita el OAI.

03. La OAI debe gozar de suficiente independencia en relación a la administración de la entidad y no debe estar involucrada en ningún proceso de gestión; por lo tanto, no debe llevar a cabo funciones o actividades incompatibles que sean parte de la administración y que posteriormente le disminuya su independencia, como, por ejemplo, formular e implementar procedimientos o preparar documentos que tendría que revisar como parte de sus funciones. Asimismo, el personal de esa oficina no debe participar en la revisión previa y/o aprobación de las acciones contempladas por unidades operativas de la entidad, debiendo ejecutar sus actividades con posterioridad a su realización, excepto en los casos previstos por el Organismo Superior de Control.

2.1.13.1. NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE ABASTECIMIENTO Y ACTIVOS FIJOS

El abastecimiento como actividad de apoyo a la gestión institucional, debe contribuir al empleo racional y eficiente de los recursos que requieren las entidades. Su actividad se orienta a proporcionar los elementos materiales y servicios que son utilizados por las entidades. La verificación periódica de los bienes, con el objeto de establecer si son utilizados para los fines que fueron adquiridos y se encuentran en condiciones adecuadas que no signifique riesgo de deterioro o despilfarro, constituyen prácticas que salvaguardan apropiadamente los recursos de la entidad y fortalecen los controles internos de esta área.

Estas normas describen los controles internos más importantes que son requeridos para el funcionamiento del proceso de abastecimiento en las entidades, así como respecto al uso, conservación, custodia y protección de bienes.

2.1.13.2. CRITERIO DE ECONOMÍA EN LA COMPRA DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

En toda transacción de bienes o servicios, así como en las demás actividades de gestión, deberá tenerse presente, el criterio de economía.

01. En su sentido más amplio economía en la gestión de una entidad pública, significa, administración recta y prudente de los recursos públicos. Es decir, orden en el gasto presupuestal, ahorro de trabajo, dinero, buena distribución de tiempo y otros asuntos.
02. La adquisición económica implica, adquirir bienes y/o servicios, en calidad y cantidad apropiada, y al menor costo posible. Asimismo, las actividades en una entidad deben efectuarse asegurando los costos operativos mínimos, sin disminuir la calidad de los servicios brindados.
03. Corresponde a la administración, impartir las políticas necesarias, que permitan al personal encargado de los procesos de adquisición de bienes y prestación de servicios adoptar la aplicación del criterio de economía en sus actividades.

2.1.13.3. UNIDAD DE ALMACÉN

Todos los bienes que adquiera la entidad deben ingresar físicamente a través de la Unidad de Almacén, antes de ser utilizados.

01. Unidad de Almacén, significa que todos los bienes que adquiera la entidad deben ingresar a través de almacén, aun cuando la naturaleza física de los mismos requiera su ubicación directa en el lugar o dependencia que lo solicita. Ello permitirá un control efectivo de los bienes adquiridos.

02. Los ambientes asignados para el funcionamiento de los almacenes, deben estar adecuadamente ubicados, contar con instalaciones seguras, y tener el espacio físico necesario, que permita el arreglo y disposición conveniente de los bienes, así como el control e identificación de los mismos.
03. Las personas a cargo del almacén tienen la responsabilidad de acreditar en documentos, su conformidad con los bienes que ingresan (si se ajustan a los requerimientos y especificaciones técnicas solicitadas por las dependencias de la institución), así como los que salen.
04. Los directivos establecerán un sistema apropiado para la conservación, seguridad, manejo y control de los bienes almacenados.
05. Para el control de los bienes se debe establecer un sistema adecuado de registro permanente de los movimientos de éstos, por unidades de iguales características. Sólo las personas que laboran en el almacén deben tener acceso a sus instalaciones, y distribuir los bienes según requerimiento.
06. Hay bienes que por sus características especiales tienen que ser almacenados en otras instalaciones, o enviados directamente a los encargados de su utilización. En estos casos, el encargado de almacén tendrá que efectuar la verificación directa y la tramitación de la documentación correspondiente.

2.1.13.4. TOMA DE INVENTARIO FÍSICO

Cada entidad debe practicar anualmente inventarios físicos de los activos fijos, con el objeto de verificar su existencia física y estado de conservación.

01. La toma de inventario, es un proceso que consiste en verificar físicamente los bienes con que cuenta cada entidad, a una fecha dada; con el fin de asegurar su existencia real. La toma de inventarios permite contrastar los resultados obtenidos valorizados, con los registros contables, a fin de establecer su conformidad, investigando las diferencias que pudiera existir y proceder a las regularizaciones del caso. Este procedimiento debe cumplirse por lo menos, una vez al año.
02. Para efectuar una adecuada toma física de inventarios, es necesario que la gerencia o quien haga sus veces, emita previamente por escrito, procedimientos claros y sencillos, de manera que puedan ser comprendidos fácilmente por el personal que participa en este proceso.
03. El personal que interviene en la toma de inventarios físicos, debe ser independiente de aquellos que tienen a su cargo el registro y manejo de los activos, salvo para efecto de identificación.
04. Las diferencias que se obtengan durante el proceso de inventario de bienes y conciliación con la información contable, deben investigarse, y luego practicar los ajustes correspondientes, previa autorización del funcionario responsable.
05. La Gerencia o quien haga sus veces debe aprobar los procedimientos que permitan a los responsables del manejo de los bienes, emitir reportes respecto al estado de uso y conservación de éstos, lo que fortalecerá el control interno y mejorará la eficiencia en su utilización. Esta debe mostrar en todo momento una actitud responsable y positiva, respecto al control de los bienes con que cuenta la entidad, mediante la práctica de inventarios parciales.
06. Cuando la entidad contrate los servicios de una firma privada para llevar a cabo la toma de inventarios físicos, el producto final presentado, así como la base de datos debe tener la

conformidad del área contable, en forma previa a la cancelación de dicho servicio.

07. El Auditor Interno, debe participar en calidad de observador, para evaluar la adecuada aplicación de los procedimientos establecidos. En las entidades que no cuenten con Auditoría Interna, el titular designará al funcionario que cumpla esta función.
08. Esta norma es también aplicable para la realización de los inventarios físicos de almacén, se aplicarán los mismos criterios antes establecidos, no debiendo intervenir en dicho acto el personal encargado de la custodia de los bienes.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

1. **AMBIENTE DE CONTROL:** Se refiere al establecimiento de un entorno que estimule e influencie las tareas de las personas con respecto al control de sus actividades.
2. **ALMACENAMIENTO:** Es el conjunto de actividades orientadas a la ubicación temporal de los bienes en un espacio físico establecido, con el objeto de ser custodiados, en tanto sean trasladados a las dependencias que los soliciten.
3. **AUTORIZACIÓN:** Es la forma de asegurar que sólo se efectúan operaciones y actos administrativos válidos, y de acuerdo con lo previsto por la dirección.
4. **CONTROL INTERNO:** Es un proceso continuo realizado por la dirección y gerencia y, otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a sí están lográndose los objetivos siguientes:

- promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios que debe brindar cada entidad pública;
 - proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
 - cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales; y,
 - elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad.
5. **CONTROL PREVIO:** Es el conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles de dirección y gerencia de las entidades para cautelar la correcta administración de los recursos financieros, materiales, físicos y humanos.
6. **ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO:** Constituye el conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas, incluyendo la actitud de la dirección de una entidad, para ofrecer seguridad razonable respecto a que están lográndose los objetivos del control interno.
7. **ENTRANTE:** Es un sitio privado o un conjunto de sitios configurados para uso exclusivo de una sola organización; constituye una versión cerrada que sólo conecta al usuario con computadoras previamente seleccionadas. Mantiene los derechos de propiedad privada y permite establecer niveles de seguridad para información específica que es compartida entre múltiples usuarios dentro de una misma entidad.
8. **HONESTIDAD:** Valor que implica no subordinar el servicio que se presta, a la utilidad o ventaja personal.
9. **MANTENIMIENTO DE ACTIVOS FIJOS:** Es el conjunto de acciones que adopta la administración en forma preventiva, para garantizar el funcionamiento normal, y/o prolongar la vida útil de los mismos.

10. **MONITOREO:** Representa el proceso que evalúa la calidad del control interno en el tiempo y permite al sistema reaccionar en forma dinámica, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran. Se orienta a la identificación de controles débiles, insuficientes o innecesarios y, promueve su reforzamiento.
11. **ORGANIZACIÓN:** Es la estructura formalizada en donde se identifican y clasifican las actividades de la entidad, los cargos con autoridad, las medidas de coordinación horizontal y vertical y, la departamentalización correspondiente.
12. **ORDEN:** Es la adecuada disposición y ubicación de los recursos y personal, al interior de la entidad, orientadas a evitar pérdida de tiempo y materiales.
13. **SERVICIO DE EMERGENCIA:** Es el área orgánica y funcional donde se desarrollan diversos protocolos médicos y de salud, así como administrativos con la finalidad de prestar asistencia médica de urgencia a los pacientes que estén calificados en situación de riesgo de vida.
14. **RECURSOS MÉDICOS:** Conjunto de bienes, medios, suministros y demás avituallamiento que se asigna a un servicio médico para la adecuada prestación de la atención de salud.
15. **TOMA DE INVENTARIO FÍSICO:** Es un proceso que consiste en verificar físicamente, la existencia de los bienes con que cuenta la entidad, a una fecha dada; con el propósito de contrastar los resultados obtenidos con la información contable.
16. **TRANSPARENCIA:** Comprende la disposición de la entidad de divulgar información sobre las actividades y operaciones ejecutadas relacionadas con el cumplimiento de sus fines y, al mismo tiempo, implica el acceso del público sin restricciones a tal información para conocer y evaluar en

sus integridades, el desempeño y la forma de conducción de la gestión gubernamental.

17. **UNIDAD DE ALMACÉN:** Significa que todos los bienes que adquiera la entidad deben ingresar a través de almacén, aun cuando la naturaleza física de los mismos requiriera su ubicación directa en el lugar o dependencia que lo solicita. Ello permitirá un control total de los bienes adquiridos.

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Para optar al grado de Magister en Contabilidad la Bachiller Rossana María Redhead García de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Post Grado, ha desarrollado su tesis intitulada “Calidad de Servicio y Satisfacción del Usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013”, cuyo trabajo ha sido desarrollado con el objetivo de establecer la relación que existe entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario del centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, en el año 2013. En esa investigación se utilizó el diseño de investigación no experimental, transeccional y descriptivo correlacional. Para recopilar la información se usó el cuestionario de calidad de servicio (servqual) y el cuestionario de satisfacción del cliente externo. La muestra fue de 317 de clientes externos del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo. Se demostró con esta tesis que sí existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.
- Para optar al grado de Magister en Contabilidad el Bachiller OCTAVIO SEGUNDO MORENO RENGIFO, de la Universidad Nacional Federico Villarreal, ha desarrollado su tesis intitulada “LA INVERSIÓN PÚBLICA Y SU CONTROL POSTERIOR A TRAVÉS DE LAS OCI EN LOS GOBIERNOS LOCALES 2009”, cuyo trabajo

plantea la necesidad de establecer procedimientos de auditoría específicos que permitan llevar a cabo exámenes especiales de todos y cada uno de los proyectos de inversión pública que se desarrollan, para medir el efecto social de su desarrollo y su impacto económico; así mismo, al evaluar el grado eficacia de la ejecución del proyecto en términos financieros y socio económicos. Concluye en que la ausencia de procedimientos mínimos específicos de auditoría que se deberían establecer en una acción de control posterior, ello no permite determinar estos dos aspectos centrales y sustanciales, por lo tanto, su hipótesis es demostrada con este trabajo de investigación.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre el mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de Emergencias del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.

3.2 Hipótesis Específico

1. Existe relación entre el ambiente de control con el control de recursos médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.
2. Existe relación entre los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.
3. Existe relación entre el mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES

Las variables que se presentan en este trabajo de investigación son las siguientes:

3.2.1. Variable Independiente

MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO

3.2.2. Variables Dependiente

CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS

INDICADORES

X.1.1 Manuales de organización y funciones del Servicio de emergencia.

X.1.2 Manuales de Funciones generales de los servicios de emergencia.

X.1.3 Manuales de Funciones específicas de los servicios de emergencia.

X.1.4 Manuales de Funciones para servidores a cargo de las fases operativas que desarrollan diferentes procesos.

X.2.1 Recepción de documentos de los pacientes

X.2.2 Proceso de evaluación de requisitos de los pacientes

X.2.3 Proceso de registro de los beneficiarios del SIS y SOAT

X.2.4 Proceso de Registro de la atención de salud

X.2.5 Proceso de informe del uso del SIS y SOAT.

Y.1.1 Aplicación adecuada de los medicamentos y materiales de uso médico

Y.1.2 Uso adecuado de los recursos médicos en las atenciones realizadas

Y.1.3 Respecto al uso de los recursos médicos se cuenta con reportes disponibles

Y.1.4 En el uso de los recursos médicos se cuenta con reportes actualizados.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

HIPÓTESIS GENERAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><i>¿LA MEJORA DEL CONTROL INTERNO CONTRIBUIRÁ CON LA APROPIADA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS MÉDICOS Y UNA ADECUADA GESTIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO – PERIODO 2017?</i></p>	AMBIENTE DE CONTROL	INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS COMPETENCIA PROFESIONAL
	CONTROL DE REGISTRO INTERNO	IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS VALORACIÓN AL RIESGO RESPUESTA AL RIESGO
	ACTIVIDAD DE CONTROL	SEPARACIÓN DE TAREAS Y RESPONSABILIDADES COORDINACIÓN ENTRE ÁREAS
	COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	REGISTRO ADECUADO DE LAS TRANSACCIONES Y HECHOS FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN CALIDAD Y SUFICIENCIA DE LA INFORMACIÓN
	MONITOREO	ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN MONITOREO COMPROMISO DE MEJORAMIENTO
	ORGANIZACIÓN DEL USO DE LOS RECURSOS MEDICOS	<p>NIVEL DE EFICIENCIA, EFICACIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES</p> <p>NIVEL DONDE LA APLICACIÓN DE LOS BIENES E INSUMOS MÉDICOS SE LLEVAN A CABO DE MANERA APROPIADA PARA LOS FINES DEL RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE</p>

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO: LOCALIZACIÓN POLÍTICA Y GEOGRÁFICA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL SUJETO DE ESTUDIO. - El Hospital Regional - Cusco, que funcionalmente depende de la Región de Salud y del Gobierno Regional Cusco ha sido seleccionada para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, el cual se ubica en el Departamento del Cusco, Provincia de Cusco, Distrito de Cusco.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

4.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde al tipo de investigación aplicada, en razón que está orientada a demostrar las limitaciones del control interno existente para cautelar la adecuado utilización de los recursos asignados al servicio de emergencia, así como, el desempeño del personal en el ejercicio de las actividades funcionales, los cuales se dispongan para que cumplan de manera apropiada su propósito, razón por la cual se debe mejorar los controles internos con base a sus procedimientos internos, para generar una adecuada gestión de las actividades funcionales del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco.

4.2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación exige por su naturaleza que sea de carácter descriptivo y explicativo, correlacional

4.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

El Hospital Regional Cusco, que funcionalmente depende del Ministerio de Salud y de la Región de Salud del Cusco ha sido seleccionada para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, el cual se ubica en el Departamento del Cusco, Provincia de Cusco, Distrito de Cusco.

4.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de esta investigación está referida al personal que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco, los cuales están identificados al 100%. De conformidad con el CAP del personal de salud los cuales son 30 trabajadores que están comprendidos: médicos, enfermeras, técnicos en enfermería y personal administrativo.

4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

De esta población (**N**), se ha determinado que la muestra (**n**) es igual al 100% de la población, por lo tanto, **N = n.**, son 30 trabajadores, lo que se define que es discrecional por ser manejable y la data que se obtenga tendrá un alto grado de confiabilidad.

4.6. TÉCNICAS SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los informantes son los trabajadores del Servicio de Emergencia entre médicos, personal enfermeras, técnicas de enfermería y personal administrativo representan una muestra de estudio.

4.7. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de investigación son dos: El análisis documental con su respectivo instrumento denominado formato de análisis documental y la encuesta la misma que utiliza el instrumento denominado cuestionario.

4.8. TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En lo referente al análisis e interpretación de información, se utilizó las hojas electrónicas y software estadístico SPSS.

La demostración de la hipótesis se realizó a través de la correlación de Pearson.

4.9 TECNICAS PARA DEMOSTRAR LA VERDAD O FALSEDAD DE LAS HIPOTESIS PLANTEADAS

Para demostrar la relación existente entre las variables de estudio, se utilizó las pruebas de Tau-b de Kendall, Correlación de Spearman del software SPSS.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

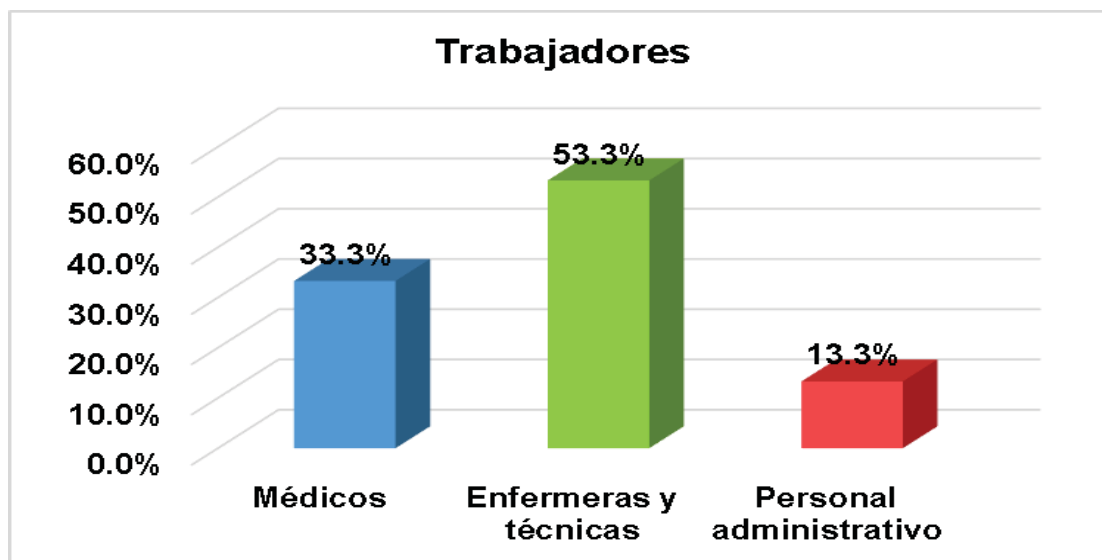
Mejoramiento de control interno y control adecuado de los recursos médicos son como variable de estudio en la presente tesis que es resumida en tablas que a continuación se presentan, producto de la sistematización del instrumento aplicado a los informantes y que ha sido posible a la aplicación de la hoja electrónica Excel.

Tabla 1 Personal que labora en el servicio de emergencia

	Frecuencia	Porcentaje
Médicos	10	33,3%
Enfermeras y técnicas	16	53,3%
Personal administrativo	4	13,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 1 PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°01 y gráfico N°01 se observa que en su mayoría en un 53.3% son enfermeras y técnicas, el 33.3% son médicos y el 13.3% son personales

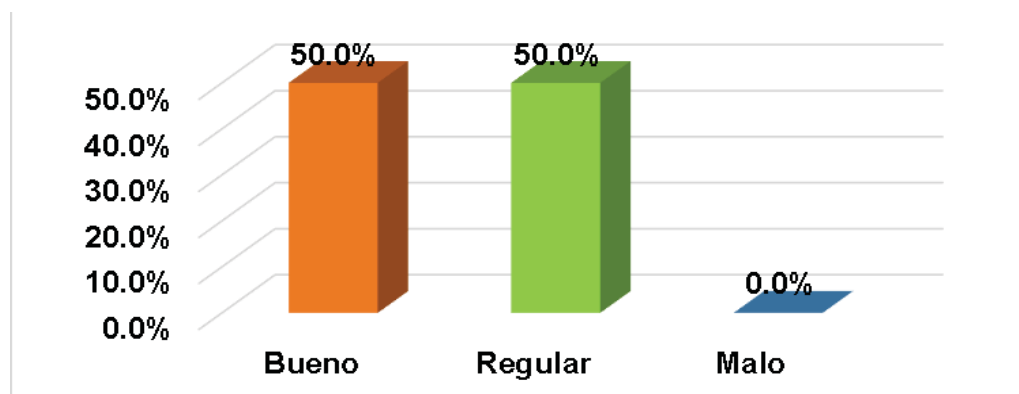
administrativos que laboran en el servicio de emergencia en dos turnos establecidos.

Tabla 2 ¿En el ambiente de control interno el Manual de Organización y Funciones del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	15	50,0%
Regular	15	50,0%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 2 ¿ EN EL AMBIENTE DE CONTROL INTERNO EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTION ES?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

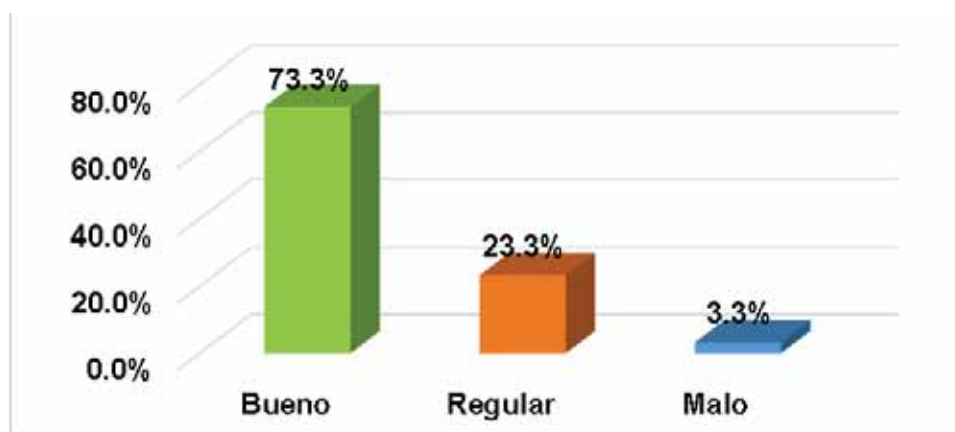
En la tabla N°02 y gráfico N°02 se observa que el 50.0% indican que el ambiente de control interno el Manual de Organización y Funciones del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es bueno, el 50% es regular y nadie indica que es malo.

Tabla 3 ¿El diseño de los manuales de funciones generales del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	22	73,3%
Regular	7	23,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 3 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES GENERALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

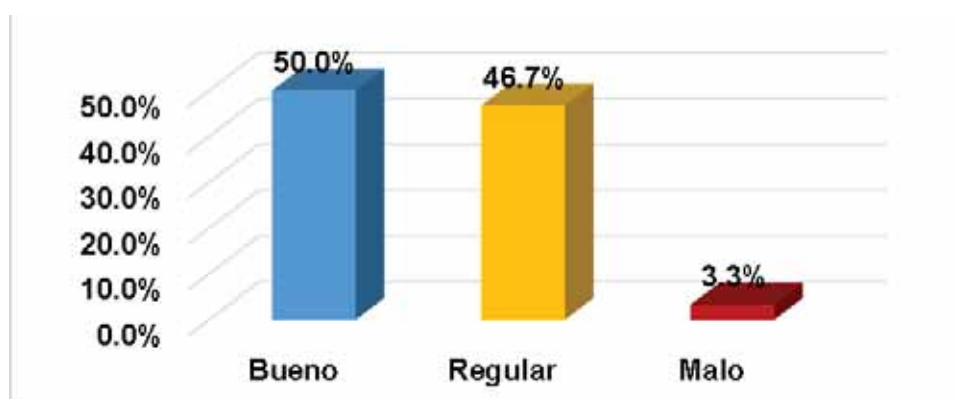
En la tabla N°03 y gráfico N°03 se observa que el 73.3% indica que el diseño de los manuales de funciones generales del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es bueno, el 23.3% es regular y el 3.3% es malo.

Tabla 4 ¿El diseño de los manuales de funciones específicas del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	15	50,0%
Regular	14	46,7%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA COMO DOCUMENTO INSTRUMENTAL DE GESTIÓN ES?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

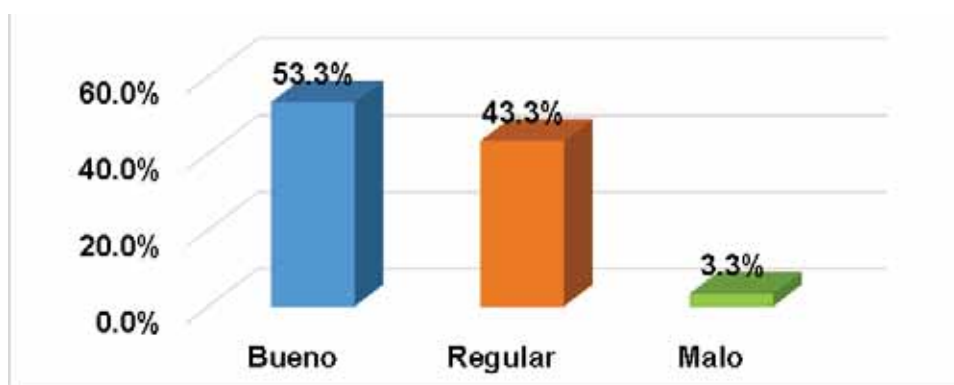
En la tabla N°04 y gráfico N°04 se observa que el 50.0% indica que el diseño de los manuales de funciones específicas del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es bueno, el 46.7% es regular y el 3.3% es malo.

Tabla 5 ¿El diseño de los manuales de funciones para servidores a cargo de todas las fases operativas que desarrollan los diferentes procesos es?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	16	53,3%
Regular	13	43,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 5 ¿EL DISEÑO DE LOS MANUALES DE FUNCIONES PARA SERVIDORES A CARGO DE TODAS LAS FASES OPERATIVAS QUE DESARROLLAN LOS DIFERENTES PROCESOS ES?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

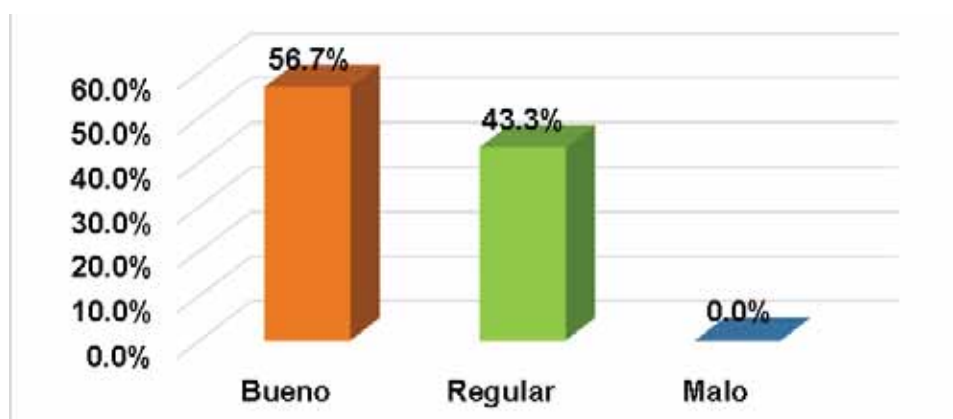
En la tabla N°05 y gráfico N°05 se observa que el 53.3% indica que el diseño de los manuales de funciones para servidores a cargo de todas las fases operativas que desarrollan los diferentes procesos es bueno, el 43.3% es regular y el 3.3% es malo.

Tabla 6 ¿Los registros de control interno los procesos de recepción de documentación de los pacientes son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	17	56,7%
Regular	13	43,3%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 6 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO LOS PROCESOS DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE LOS PACIENTES SON?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

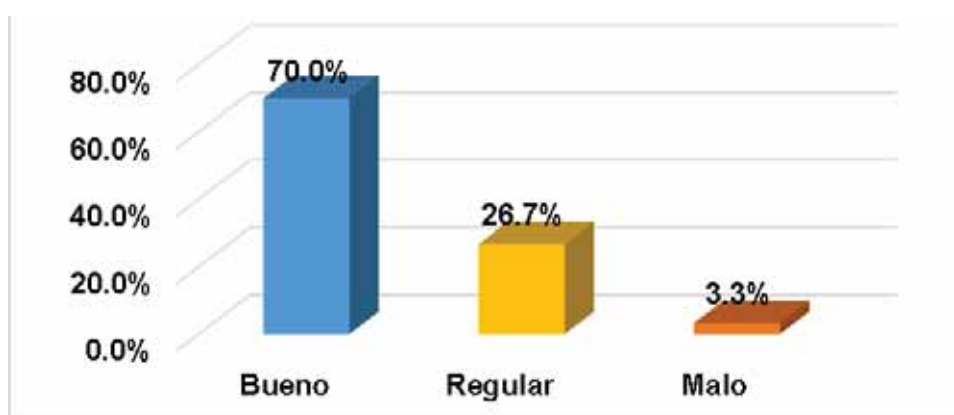
En la tabla N°06 y gráfico N°06 se observa que el 56.7% indica que los registros de control interno los procesos de recepción de documentación de los pacientes son buenos, el 43.3% es regular y nadie indica que es malo

Tabla 7 ¿Los registros de control interno en el proceso de evaluación de los requisitos de los pacientes son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	21	70,0%
Regular	8	26,7%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 7 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS PACIENTES SON?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

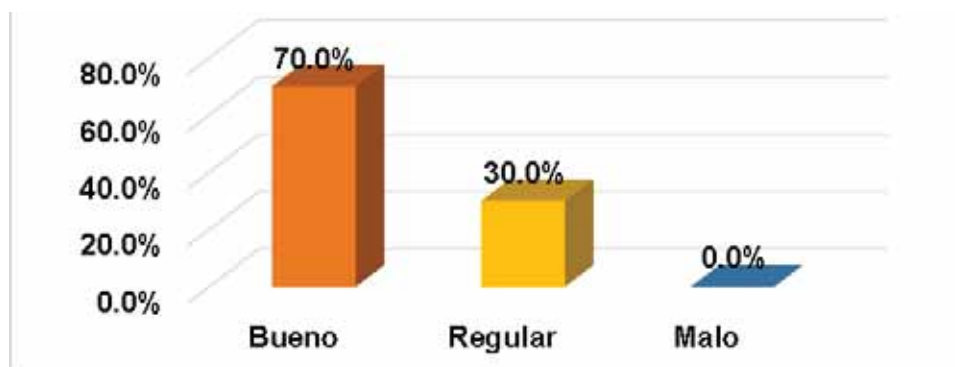
En la tabla N°07 y gráfico N°07 se observa que el 70.0% indica que los registros de control interno en el proceso de evaluación de los requisitos de los pacientes son buenos, el 26.7% es regular y el 3.3 es malo.

Tabla 8 ¿Los registros de control interno del proceso de exploración del beneficiario del SIS y del SOAT y pacientes no asignados son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	21	70,0%
Regular	9	30,0%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 8 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE EXPLORACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SIS Y DEL SOAT Y PACIENTES NO ASIGNADOS SON?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

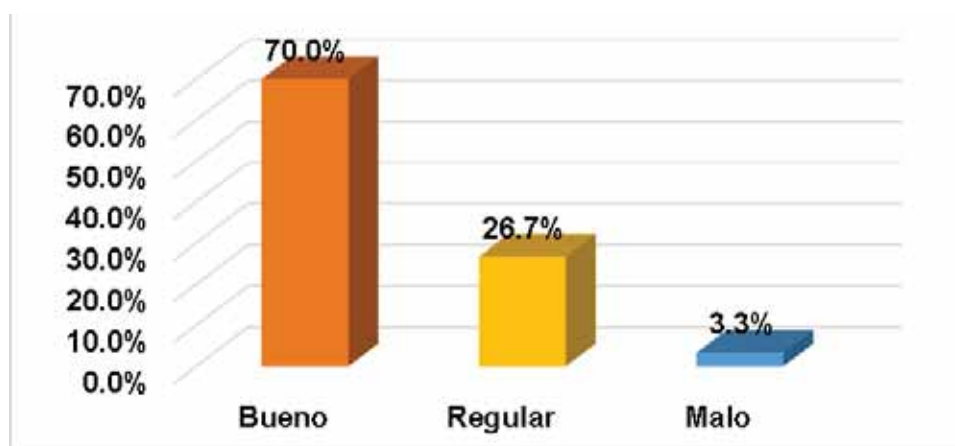
En la tabla N°08 y gráfico N°08 se observa que el 70.0% indica que los registros de control interno del proceso de exploración del beneficiario del SIS y del SOAT y pacientes no asignados son buenos, el 30.0% es regular y nadie indica malo.

Tabla 9 ¿Los registros de control interno del proceso de registro de la atención de salud mediante el SIS y SOAT son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	21	70,0%
Regular	8	26,7%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 9 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD MEDIANTE EL SIS Y SOAT SON?



Fuente: Elaboración propia

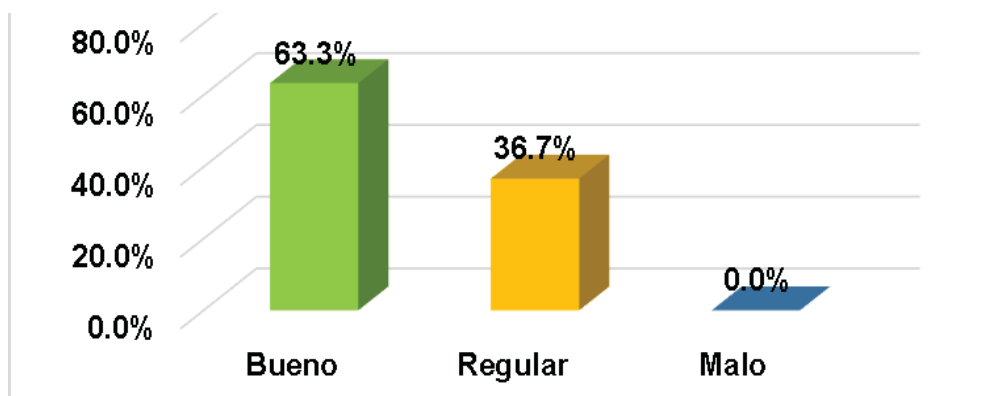
INTERPRETACIÓN

En la tabla N°09 gráfico N°09 se observa que el 70.0% indica que los registros de control interno del proceso de registro de la atención de salud mediante el SIS y SOAT son buenos, el 26.7% es regular y el 3.3 es malo.

Tabla 10 ¿Los registros de control interno del proceso de informe del uso del SIS y SOAT son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	63,3%
Regular	11	36,7%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

GRÁFICO 10 ¿LOS REGISTROS DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO DE INFORME DEL USO DEL SIS Y SOAT SON?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

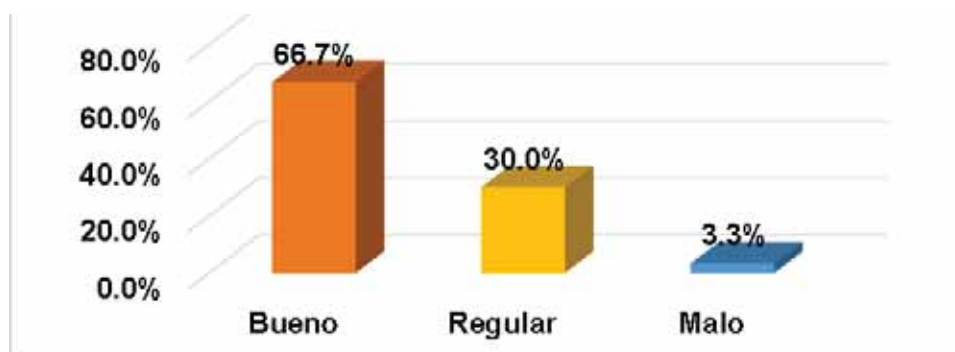
En la tabla N°10y gráfico N°10 se observa que el 63.3% indica que los registros de control interno del proceso de informe del uso del SIS y SOAT son buenos, el 36.7% es regular y el nadie indica malo.

Tabla 11 ¿En la organización de los medicamentos y materiales de uso médico su aplicación es adecuada de los medicamentos de uso médico?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	20	66,7%
Regular	9	30,0%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 11 ¿EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE USO MÉDICO SU APLICACIÓN ES ADECUADA DE LOS MEDICAMENTOS DE USO MÉDICO?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

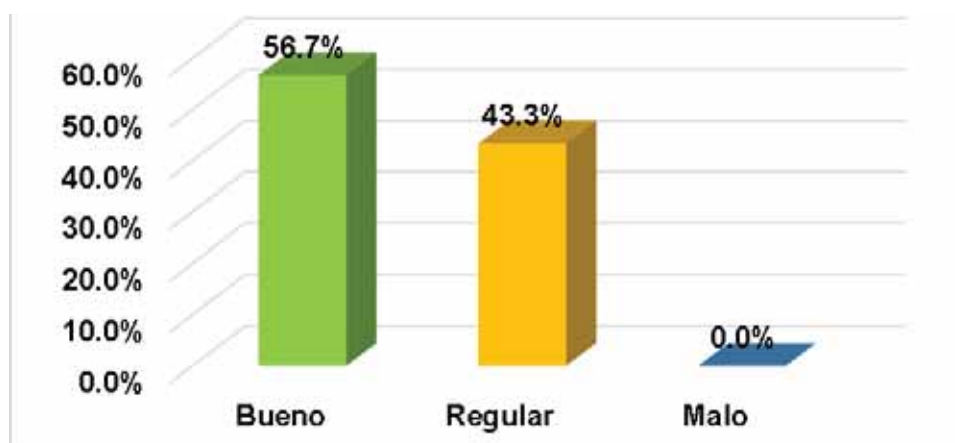
En la tabla N°11 y gráfico N°11 se observa que el 66.7% indica que la organización de los medicamentos y materiales de uso médico es buena, el 30.0% es regular y el 3.3% indica malo.

Tabla 12 ¿Cómo es el uso adecuado de los recursos médicos en las atenciones realizadas?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	17	56,7%
Regular	13	43,3%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 12 ¿CÓMO ES EL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS EN LAS ATENCIONES REALIZADAS?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

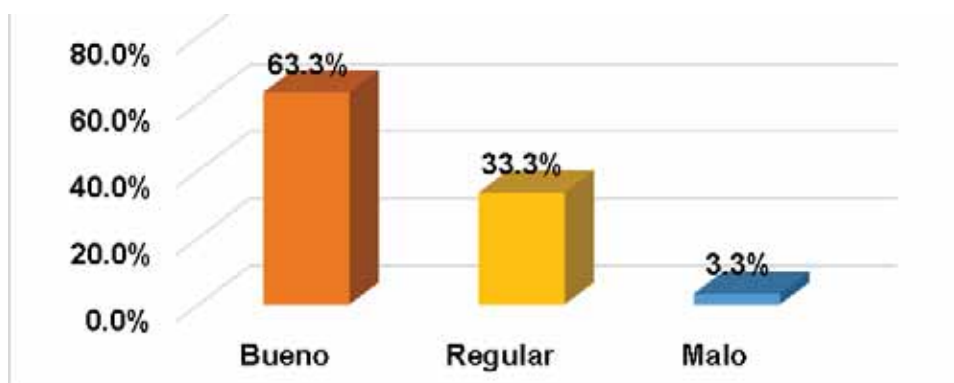
En la tabla N°12 y gráfico N°12 se observa que el 56.7% indica que el uso de los recursos médicos en las atenciones realizadas es bueno, el 43.3% es regular y nadie indica que es malo.

Tabla 13 ¿Las decisiones tomadas respecto al uso de los recursos médicos los reportes disponibles son?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	63,3%
Regular	10	33,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 13 ¿LAS DECISIONES TOMADAS RESPECTO AL USO DE LOS RECURSOS MÉDICOS LOS REPORTES DISPONIBLES SON?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

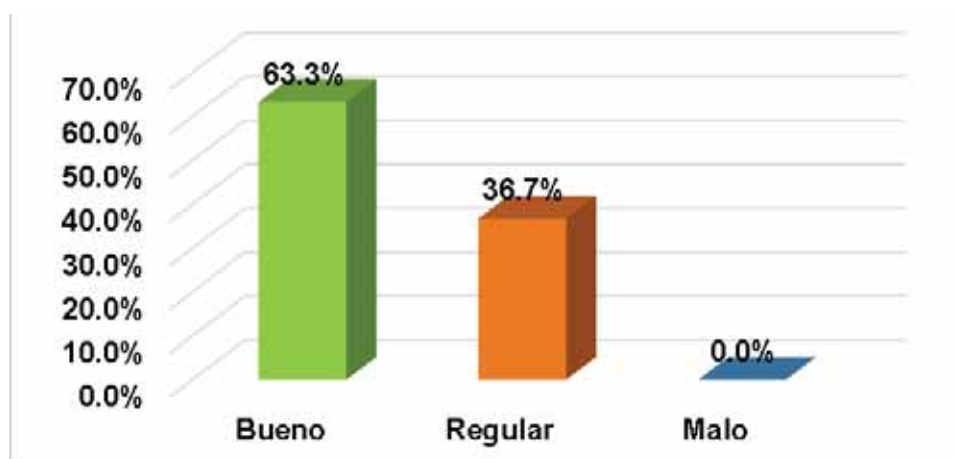
En la tabla N°13 y gráfico N°13 se observa que el 63.3% indica que las decisiones tomadas respecto al uso de los recursos médicos los reportes disponibles son buenos, el 33.3% es regular y el 3.3 % es malo.

Tabla 14 ¿Los recursos médicos, los reportes actualmente son disponibles?

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	63,3%
Regular	11	36,7%
Malo	0	0,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 14 ¿LOS RECURSOS MÉDICOS, LOS REPORTES ACTUALMENTE SON DISPONIBLES?



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION

En la tabla n°14 y gráfico N°14 se observa que el 63.3% indica que Los recursos médicos, los reportes actualmente disponibles son buenos, el 36.7% es regular y nadie indica malo.

5.1 Presentación y fiabilidad del instrumento aplicado

Para la variable Mejoramiento del control interno, se consideró 9 ítems, y la variable Cultura Organizacional se consideró 4 ítems, se encuestó en el servicio de emergencia del hospital Regional Cusco – Periodo 2017, en donde se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 15 Distribución de los ítems del cuestionario

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Mejoramiento del control interno	Ambiente de control	Manuales de organización y funciones del Servicio de emergencia	1,2,3, 4,5,6, 7,8,9
		Manuales de Funciones generales de los servicios de emergencia	
		Manuales de Funciones específicas de los servicios de emergencia.	
		Manuales de Funciones para servidores a cargo de las fases operativas que desarrollan diferentes procesos.	
	Registros de control interno	Recepción de documentos de los pacientes	
		Proceso de evaluación de requisitos de los pacientes	
		Proceso de registro de los beneficiarios del SIS y SOAT	
		Proceso de Registro de la atención de salud	
		Proceso de informe del uso del SIS y SOAT.	
Control adecuado	Organización del uso de los	Aplicación adecuada de los medicamentos y materiales de uso	10,11, 12,13

delos recursos médicos	recursos médicos	médico.	
		Uso adecuado de los recursos médicos en las atenciones realizadas	
		Respecto al uso de los recursos médicos se cuenta con reportes disponibles	
		En el uso de los recursos médicos se cuenta con reportes actualizados.	

Fuente: Elaboración propia

Para las interpretaciones de las tablas y figuras estadísticas se utilizó la siguiente escala de medición e interpretación.

Tabla 16 Descripción de la Baremación y escala de interpretación de la variable Habilidades Directivas y Cultura organizacional

Variable	valores	Interpretación
Mejoramiento del control interno	1-9	Bueno
	10-18	Regular
	19-27	Malo
Control adecuado de los recursos médicos	1-4	Bueno
	5-8	Regular
	9-12	Malo

Fuente: Elaboración propia

Fiabilidad del instrumento aplicado

La fiabilidad nos indica del índice de consistencia donde nos permite medir si un instrumento tiene la fiabilidad suficiente para ser aplicado, si su valor está por debajo de 0.6 el instrumento que se está evaluando, presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por tanto nos llevará a conclusiones equivocadas, para lo cual se considera lo siguiente tabla:

Tabla 17 Niveles de confiabilidad

Valores	Nivel
De -1 a 0	No es confiable
De 0.01 a 0.49	Baja confiabilidad
De 0.50 a 0.75	Moderada confiabilidad
De 0.76 a 0.89	Fuerte confiabilidad
De 0.90 a 1.00	Alta confiabilidad

Nota: Nivel de confiabilidad estará dada por los valores mencionados en, Hogan (2004).

Para obtener el coeficiente de Alfa de Cronbach, se trabajó en el programa estadístico SPSS y Excel cuyo resultado fue el siguiente:

Tabla 18 Estadísticas de fiabilidad con el alfa de Cronbach

Variable	N de elementos	Alfa de Cronbach
Mejoramiento del control interno	9	0.862
Control adecuado de los recursos médicos	4	0.709

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, el Alfa de Cronbach tiene un valor de 0.862 y 0.709 por lo que se establece el instrumento tiene fuerte confiabilidad para ambas variables, eso quiere decir es fiable para el procesamiento de los datos.

5.2 Métodos de análisis de datos

Tabla 19 Prueba de Shapiro wilk para una muestra

	Mejoramiento del control interno	Control adecuado de los recursos médicos
N	9	4
Estadístico de prueba	0.852	0.001
P-valor	0,824	0,000

Fuente: Elaboración propia

Para analizar los datos que se obtendrán de ambos cuestionarios, se utilizara el programa computacional estadística con ayuda del software SPSS y Excel, la prueba no paramétrica que se aplicó Tau b de Kendall porque no cumple distribución normal, siendo estas de tipo ordinal, Lo cual nos indica si las variables están asociadas y en qué medida. En cuanto a la naturaleza de las variables estudiadas, Tau b de Kendall, que es la medida no paramétrica de la correlación para variables ordinales. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y el valor absoluto indica la fuerza de la relación; indican los valores mayores que la relación es más estrecha. Los valores posibles van de -1 a 1, pero de un valor de -1 o +1 solo se puede obtener a partir de las tablas cuadradas. Luego se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de esta medida:

$$\tau_b = (n_p - n_q) / \sqrt{(n_p + n_q + n_{E(X)})(n_p + n_q + n_{E(Y)})}$$

Dónde: n_p indica el número de no inversiones.

n_q Indica el número de inversiones.

$n_{E(X)}, n_{E(Y)}$ indican el número de empates.

- **La interpretación del valor de " Tau-b de Kendall".**

Tabla 20 "Tau-b de Kendall"

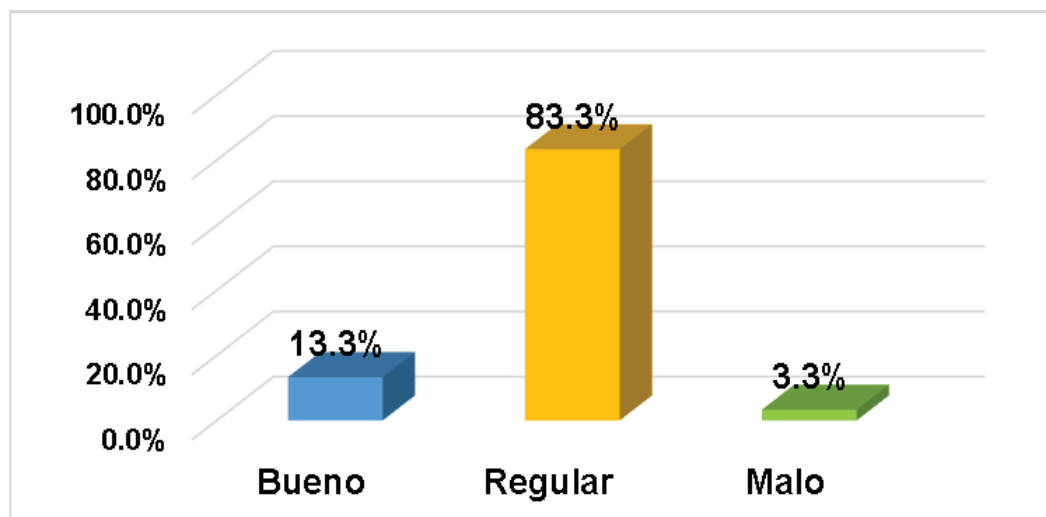
De 0.00 a 0.19	Muy baja correlación
De 0.20 a 0.39	Baja correlación
De 0.40 a 0.59	Moderada correlación
De 0.60 a 0.89	Alta correlación
De 0.90 a 1.00	Muy alta correlación

Tabla 21 Mejoramiento del control interno

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	4	13,3%
Regular	25	83,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 15 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

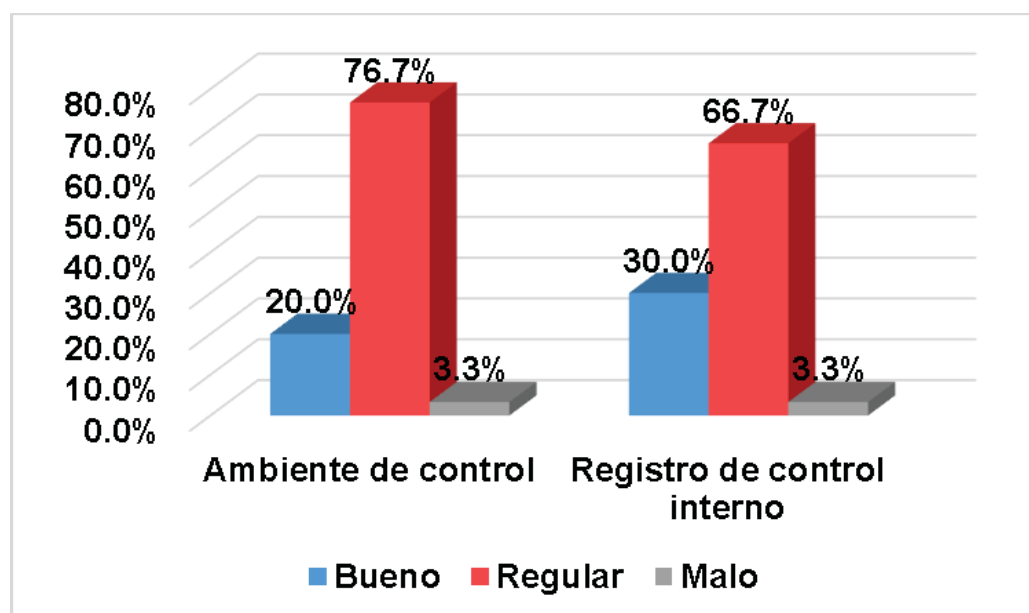
En la tabla N°21 y gráfico N°15 se observa que en su mayoría los encuestados en 83.3% indica que es regular Mejoramiento del control interno, el 13.3% es bueno y el 3.3% es malo.

Tabla 22 Dimensiones del Mejoramiento del control interno

	Ambiente de control		Registro de control interno	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	6	20,0%	9	30,0%
Regular	23	76,7%	20	66,7%
Malo	1	3,3%	1	3,3%
Total	30	100,0%	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 16 DIMENSIONES DEL MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°22 y gráfico N°16 se observa que los encuestados en las dimensiones de la variable Mejoramiento del control interno en su primera dimensión Ambiente de control donde en su mayoría con un 76.7% indica que

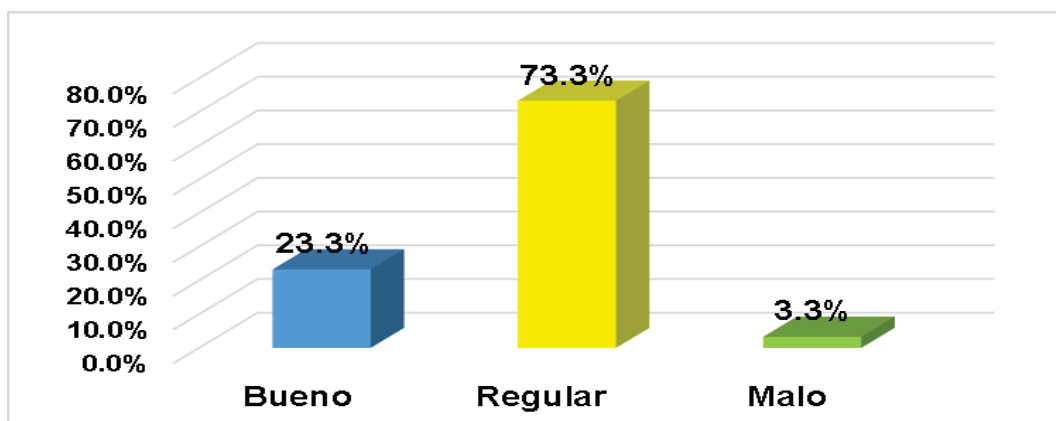
es regular, el 20.0% es bueno y el 3.3% es malo; En la segunda dimensión Registro de control interno en su mayoría con un 66.7% es regular, el 30.0% es bueno y el 3.3% es malo.

Tabla 23 Descriptivos de la variable control adecuado de los recursos médicos

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	7	23,3%
Regular	22	73,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 17 CONTROL ADECUADO DE LOS RECURSOS MÉDICOS



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

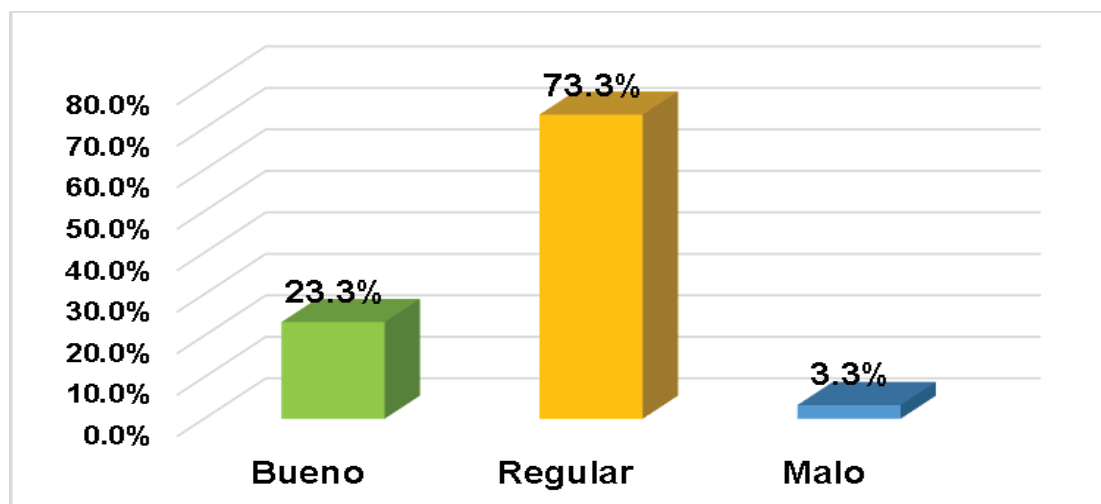
En la tabla N°23 y grafico N°17 se observa a la variable Control adecuado de los recursos médicos en su mayoría con un 73.3% indica que es bueno, el 23.3% es regular, el 3.3% es malo.

**Tabla 24 Dimensión de la variable adecuado de los recursos médicos
Organización del uso de los recursos médicos**

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	7	23,3%
Regular	22	73,3%
Malo	1	3,3%
Total	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 18 ORGANIZACIÓN DEL USO DE LOS RECURSOS MÉDICOS



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°24 y gráfico N°18 se observa en su mayoría en un 73.3% de los encuestados indica es regular la organización del uso de los recursos médicos, el 23.3% es bueno y el 3.3% es malo.

5.2 Prueba de hipótesis

La hipótesis general planteada al inicio de la investigación fue: La relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017.

A continuación, presentamos la tabla cruzada para demostrar la relación existente entre las variables de estudio:

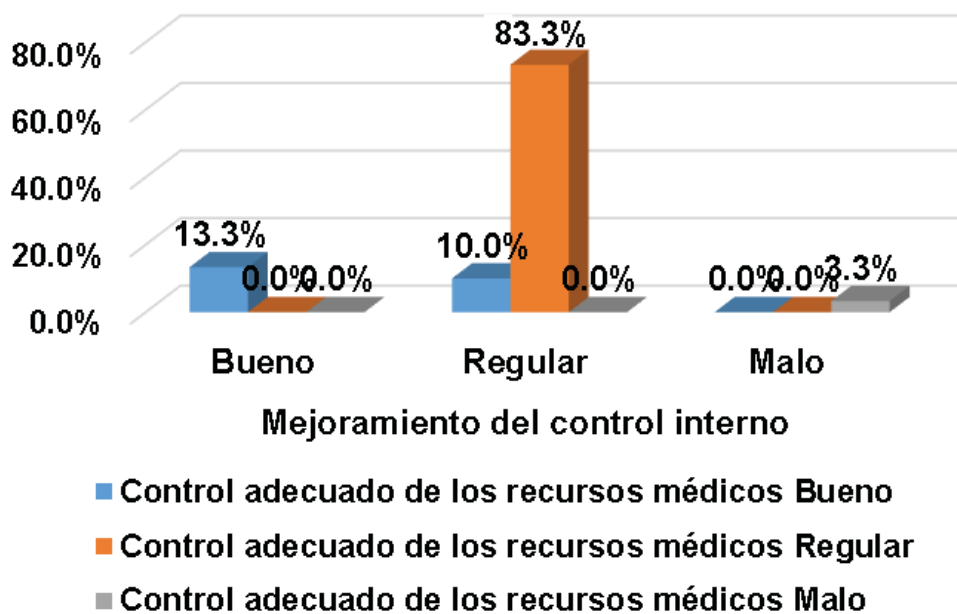
Tabla 25 Tabla cruzada del Mejoramiento del control interno y el control adecuado de los recursos médicos.

Tabla cruzada

		Control adecuado de los recursos médicos							
		Bueno		Regular		Malo		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Mejoramiento del control interno	Bueno	4	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	13,3%
	Regular	3	10,0%	22	73,3%	0	0,0%	25	83,3%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%
Total		7	23,3%	22	73,3%	1	3,3%	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 19 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°25 y gráfico N°19 se observa en su mayoría con un 13.3% indica que es bueno el control adecuado de los recursos médicos con el Mejoramiento del control interno y Control adecuado de los recursos médicos, el 73.3% indica que es regular y el 3.3% es malo.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	0,761	0,004
N de casos válidos		30	

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento de la prueba de hipótesis

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017
	Ha: Existe relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$
Valor p calculado	$P_{valor} = 0,004 = 0.04\%$
Conclusión	<p>Como $P_{valor} < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe la relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017.</p> <p>El nivel de relación es directo pero alta, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor "Tau-B de Kendall" (ver tabla), porque el coeficiente de asociación es 0.761. Mientras haya mejoramiento del control interno habrá control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco.</p>

5.2.1 Hipótesis específica 1

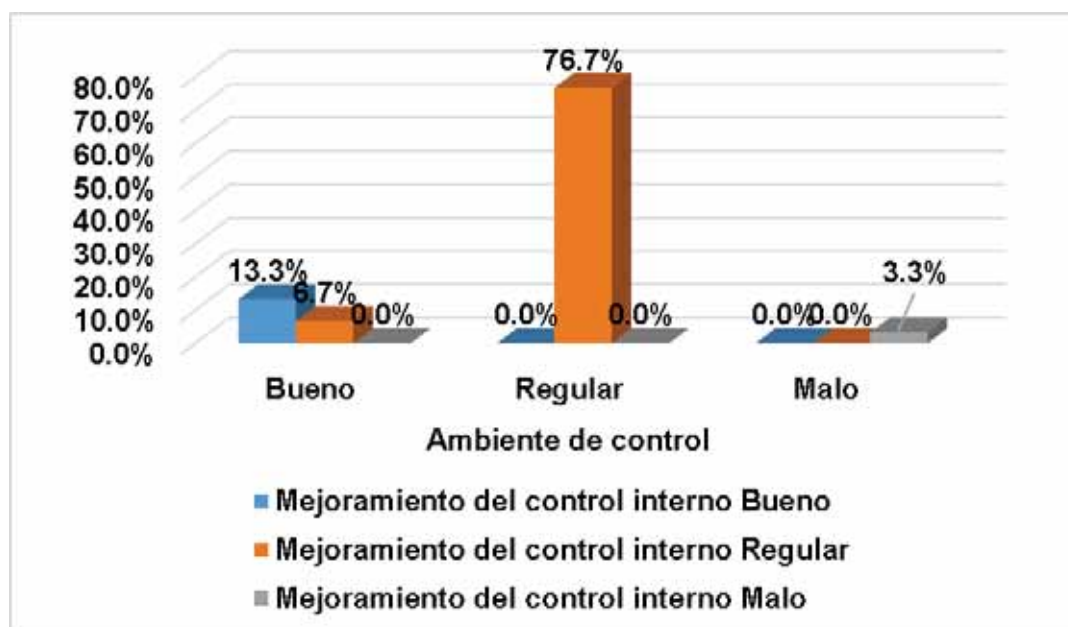
Determinar la relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.

Tabla 26 Tabla cruzada Ambiente de control y Mejoramiento del control interno

		Mejoramiento del control interno						Total	
		Bueno		Regular		Malo			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ambiente de control	Bueno	4	13,3%	2	6,7%	0	0,0%	6	20,0%
	Regular	0	0,0%	23	76,7%	0	0,0%	23	76,7%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%
Total		4	13,3%	25	83,3%	1	3,3%	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 20 AMBIENTE DE CONTROL



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°26 y gráfico N°20 se observa que en su mayoría con 13.3% indican que es bueno el ambiente de control interno y Mejoramiento del control interno, el 76.7% es regular y el 3.3% malo.

Medidas simétricas

	Valor	P_valor
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0,824	0,004
N de casos válidos	30	

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento de la prueba de hipótesis

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017
	Ha: Existe relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$
Valor p calculado	$P_{valor} = 0,004 = 0.04\%$
Conclusión	Como $P_{valo} < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017. El nivel de relación es directa pero alta, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor "Tau-B de Kendall" (ver tabla 5), porque el coeficiente de asociación es 0.824. Mientras haya buen ambiente de control Habrá control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional.

Fuente: Elaboración propia

5.2.2 Hipótesis específica 2

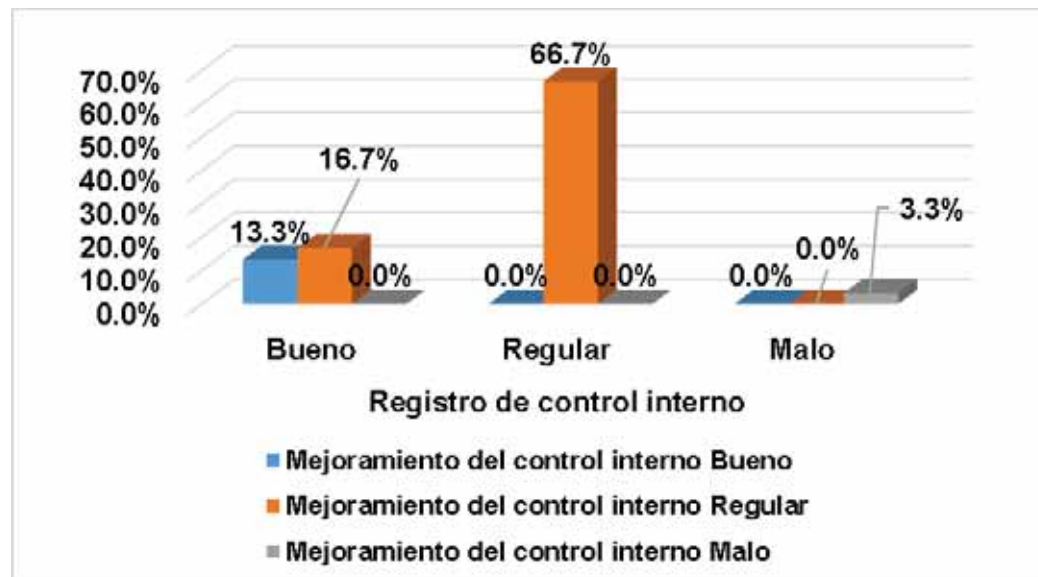
Determinar la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.

Tabla 27 Tabla cruzada de Registro de control interno y Mejoramiento del control interno

	Mejoramiento del control interno						Total		
	Bueno		Regular		Malo				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Registro de control interno	Bueno	4	13,3%	5	16,7%	0	0,0%	9	30,0%
	Regular	0	0,0%	20	66,7%	0	0,0%	20	66,7%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%
	Total	4	13,3%	25	83,3%	1	3,3%	30	100,0%

Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 21 REGISTRO DE CONTROL INTERNO



Fuente: elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°27 y gráfico N°21 se observa que en su mayoría con 13.3% indica que es bueno registro de control interno cuando y el Mejoramiento del control interno es bueno; el 66.7% es regular el registro de control interno

cuando y el Mejoramiento del control interno y el 3.3% es malo el registro de control interno cuando y el Mejoramiento del control interno.

Medidas simétricas

	Valor	P_valor
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0,664	0,005
N de casos válidos	30	

Procedimiento de la prueba de hipótesis

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.
	Ha: Existe relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$
Valor p calculado	$P_{valor} = 0,004 = 0.04\%$
Conclusión	<p>Como $P_{valo} < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, periodo 2017.</p> <p>El nivel de relación es directo pero alta, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor "Tau-B de Kendall" (ver tabla 5), porque el coeficiente de asociación es 0.664. Mientras haya unos buenos registros de control interno habrá control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco.</p>

Fuente: Elaboración propia

5.2.3 Hipótesis específica 3

Determinar la relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.

Tabla 28 Mejoramiento del control interno y Organización del uso de los recursos médicos

		Organización del uso de los recursos médicos							
		Bueno		Regular		Malo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Mejoramiento del control interno	Bueno	4	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	13,3%
	Regular	3	10,0%	22	73,3%	0	0,0%	25	83,3%
	Malo	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%
Total		7	23,3%	22	73,3%	1	3,3%	30	100,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 22 MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°28 y gráfico N°22 se observa en su mayoría con un 13.3% indica que es bueno el Mejoramiento del control interno y Control adecuado de los recursos médicos, el 73.3% indica que es regular y el 3.3% es malo.

Medidas simétricas

	Valor	P_valor
Ordinal por ordinal Tau-b de Kendall	0,761	0,004
N de casos válidos	30	

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento de la prueba de hipótesis

Interpretación y análisis: Hipótesis estadísticas	Ho: No existe relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.
	Ha: Existe relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$
Valor p calculado	$P_{valor} = 0,004 = 0.04\%$
Conclusión	Como $P_{valo} < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017. El nivel de relación es directo pero alta, de acuerdo al cuadro de interpretación de valor "Tau-B de Kendall" (ver tabla 5), porque el coeficiente de asociación es 0.761. Mientras haya mejoramiento de control interno habrá buena organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco.

5.3 Presentación de propuestas

5.3.1 Propuesta del fortalecimiento del control interno del MOF del servicio de emergencia

Sobre la base del Manual de Organización y Funciones del Servicio de Emergencia, donde se ha distinguido aquellas funciones pertenecientes a las funciones propias de salud (**Funciones Técnicas**) y aquellas otras que son operativas (**Funciones No Técnicas**). El análisis aplicado fue el de CRITERIO DE FINALIDAD, que es una herramienta que permite identificar, analizar y evaluar a la función de acuerdo a su naturaleza y propósito al cual pertenece, para luego recién hacer la propuesta de la mejora del Control Interno. Básicamente es de dos tipos:

- **Funciones Técnicas**, que son aquellas que están diseñadas en función y relación directa de la razón de ser de la entidad
- **Funciones No Técnicas**, que son aquellas que están diseñadas con relación a prestar apoyo o soporte a la razón de ser de la entidad

Las funciones generales del servicio de emergencia

El servicio de emergencia, es una unidad orgánica de salud de la estructura organizacional del Hospital Regional, tiene funciones generales, donde se ha determinado que 11 son técnicas, porque están referidas a las funciones médicas y solo 1 apunta al aspecto administrativo o de apoyo administrativo, como lo revelamos a continuación:

Tabla 29 MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES GENERALES

FUNCIONES GENERALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	FINALIDAD DE LA FUNCIÓN	TIPO DE CONTROL
1. Organizar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y evaluar la ejecución de todas las acciones de salud I.	Salud / Técnica	Operativo
2. Realizar el diagnóstico de los pacientes que se hallan en la situación calificada de emergencia.	Salud/ Técnica	Técnico
3. Desarrollar estrategias de atención médica para estabilizar y mejorar la salud de los pacientes que ingresan por este servicio.	Salud/ Técnica	Técnico
4. Garantizar la estabilización y otorgar el debido cuidado de salud.	Salud/ Técnica	Técnico
5. Registrar, consolidar y analizar la información bio-estadística, incluyendo los hechos vitales e informar a las instancias superiores correspondientes.	Salud/ Técnica	Técnico y Operativo
6. Ejecutar las acciones de salud dictaminadas por los niveles superiores en el marco de las emergencias sanitarias y desastres.		Técnico
7. Otros que sean inherentes a su función.		Técnico y Operativo

ELABORACIÓN PROPIA**FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL**

De lo anterior, se observa que estas funciones genéricas no tienen funciones operativas o No Técnicas, y que están más referidas a aspectos de protocolos médicos. Por lo tanto el punto de atención está focalizado en las funciones específicas del servicio de emergencia, para allí realizar la propuesta de la mejora del CONTROL INTERNO sobre la parte operativa de manera adecuada.

Tabla 30 MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES ESPECÍFICAS

FUNCIONES DE LA UNIDAD DE SALUD	FINALIDAD DE LA FUNCIÓN	
1. Velar por la integralidad y la calidad de la atención de salud en el servicio de emergencia.	Salud / Técnica	Técnico y Operativo
2. Identificar las necesidades de salud de la población usuaria del servicio.	Salud /	Técnico
3. Participar activamente en el Análisis de la Situación de Salud Local.	Técnica /	Técnico y Operativo
4. Conocer, monitorizar y evaluar mensualmente las acciones, coberturas y logros de las intervenciones realizadas por las diferentes estrategias sanitarias.	Salud / Técnica	Técnico y Operativo
5. Promover la elaboración de protocolos o guías de atención de salud, para daños y cuidados de las enfermedades más prevalentes del ámbito.	Salud / Técnica	Técnico y Operativo
6. Velar por la adecuación de los ambientes del establecimiento.		Técnico y Operativo
7. Vigilar, controlar y supervisar el proceso de prestación, así como supervisar las acciones del personal a cargo.	Salud / Técnica	Técnico
8. Velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios.	Salud / Técnica	Técnico y Operativo
9. Realizar otras actividades o funciones que le asigne la Dirección.		Técnico y Operativo
10. Velar por la integralidad y la calidad del servicio en el establecimiento.	Salud / Técnica	Operativo
11. Cumplir y hacer cumplir con las normas y disposiciones de bioseguridad en los diferentes servicios	Salud / Técnica	Técnico y Operativo
12. Velar por el mantenimiento de los materiales y equipos asignados a los diferentes servicios.	Salud / Técnica	
	Salud / Técnica	
	Salud /	
	Técnica	

Elaboración propia

FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL

5.3.2 MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con la información que se ha analizado y procesado en el capítulo presente, corresponde exponer el objetivo que se ha determinado para esta investigación, cual es el fortalecimiento del control interno del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, lo que sigue a continuación:

Tabla 31 CHECK LIST N° 001			
DEL CONTROL INTERNO DEL PROCESO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE			
FASES	DOCUMENTO	CONTROL GESTIÓN	CONTROL FINANCIERO
1. RECEPCIÓN	SI	NO	N/L
2. VERIFICACIÓN PRELIMINAR	SI	✓	N/L
3. RECEPCIÓN DOCUMENTAL	SI	✓	N/L

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL

Tabla 32 CHECK LIST N° 002			
DEL CONTROL INTERNO DEL PROCESO EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL PACIENTE			
FASES	DOCUMENTO	CONTROL GESTIÓN	CONTROL FINANCIERO
1. RECEPCIÓN	SI	SI	N/L
2. VERIFICACIÓN DOCUMENTAL	SI	NO	N/L
3. CALIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	SI	✓	N/L
4 APROBACIÓN / RECHAZO DEL RECURSO	SI	✓	N/L
5 EMISIÓN DE LA RESOLUCIÓN	SI	✓	N/L

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL

Tabla 33 CHECK LIST N° 003				
DEL CONTROL INTERNO DEL PROCESO REGISTRO DEL BENEFICIARIO DEL SIS Y DEL SOAT Y PACIENTES NO ASEGURADOS				
FASES	DOCUMENTO	CONTROL GESTIÓN	CONTROL FINANCIERO	
1 AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE DATOS	SI	SI	N/L	
2 REGISTRO EN LA BASE DE DATOS	SI	NO	N/L	
3 EMISIÓN DEL CÓDIGO EN EL SISTEMA	SI	✓	N/L	
4 VERIFICACIÓN DE LOS DATOS	SI	✓	N/L	

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL

Tabla 34 CHECK LIST N° 004				
DEL CONTROL INTERNO DEL PROCESO REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD BAJO EL SIS Y SOAT				
FASES	DOCUMENTO	CONTROL GESTIÓN	CONTROL FINANCIERO	
1. INGRESO DE DATOS POR EL SERVICIO DE SALUD	SI	SI	N/L	
2 VERIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL PACIENTE	SI	NO	N/L	
3 ATENCIÓN DE SALUD	SI	✓	N/L	
4 ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTROS	SI	✓	N/L	
5 DERIVACIÓN DEL PACIENTE A OTRA PLAZA DE SALUD	SI	✓	✓	

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL

Tabla 35 CHECK LIST N° 005			
DEL CONTROL INTERNO DEL			
PROCESO DE INFORME DEL USO DEL SIS Y SOAT			
FASES	DOCUMENTO	CONTROL GESTIÓN	CONTROL FINANCIERO
1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN BASE DE ATENCIÓN DE SALUD	SI	NO	N/L
2 CONSOLIDACIÓN DE LOS DATOS DEL PROGRAMA	SI	NO	N/L
3 REMISIÓN DEL REPORTE DE LOS DATOS	SI	✓	✓

ELABORACIÓN PROPIA**FUENTE: MOF DEL HOSPITAL REGIONAL**

Manuales de funciones para servidores a cargo de todas las fases operativas que desarrollan los diferentes procesos para la atención de los pacientes en el servicio de emergencia bajo la modalidad del SIS, SOAT y pacientes no asegurados:

- Manual de funciones
- Diagrama de flujo de funciones

Manual de funciones

Es un documento instrumental de gestión interna, el cual en función de la estructura organizacional y de los procesos que llevan a cabo, los que están establecidos para cada área, por lo que debe contar con funciones claramente identificadas acorde a la naturaleza del puesto de trabajo. Por lo tanto, con relación directa a dicha premisa se proponen, las siguientes funciones:

Tabla 36 RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN**MANUAL ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES**

1. Recepcionar el expediente que el recurrente presenta y foliar las hojas adjuntadas.
2. Revisar y contrastar los datos del recurrente con el original de su D.N.I.
3. Imprimir el sello de recepción de Mesa de Partes, y luego proceder a sellar el cargo del recurrente.
4. Ingresar los datos del expediente en el sistema de Tramite Documentario.
5. Preparar la correspondencia y documentación del día para organizar su distribución a las áreas orgánicas pertinentes.
6. Entregar con cargo el expediente al área orgánica responsable del programa del SIS y SOAT y pacientes no asegurados

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF

**Tabla 37 EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA ACREDITAR SU
CONDICIÓN****MANUAL ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES**

1. Recepcionar el expediente entregado por Mesa de Partes.
2. Registrar la documentación recepcionada en los medios manuales.
3. Verificar la documentación sustentatorios del recurrente y realizar cruce de información.
4. Determinar la procedencia o improcedencia de la documentación del recurrente.
5. Establecer si el recurrente se encuentra dentro de los alcances del programa del SIS y SOAT.
6. Informar sobre la aceptación o rechazo de la solicitud del recurrente.
7. Elevar el informe a la Dirección General de la Administración del Hospital Regional.
8. Emitir la resolución de incorporación del recurrente en el programa del SIS y SOAT y pacientes no asegurados.

ELABORACIÓN PROPIA

FUENTE: MOF

Tabla 38 REGISTRO DEL BENEFICIARIO EN EL PROGRAMA**MANUAL ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES**

1. Recepcionar la Resolución incorporación del recurrente en el programa del SIS y SOAT.
2. Registrar los datos del expediente en el sistema del beneficiario para su incorporación.
3. Verificar los datos incorporados en el sistema para luego dar la conformidad.
4. Obtener el código de inscripción del recurrente en el sistema del programa del SIS y SOAT, y proceder al cierre de la entrada de datos definitiva.
5. Reportar a la Administración del programa la incorporación del recurrente en la base de datos del programa para que se comuniqué al interesado su estado.
6. Entregar copia de la Resolución de incorporación del recurrente al sistema del programa del SIS y SOAT y el código de seguro, y pacientes no asegurados.

ELABORACIÓN PROPIA**FUENTE: MOF****Tabla 39 REGISTRO E INFORME DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA****MANUAL ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES**

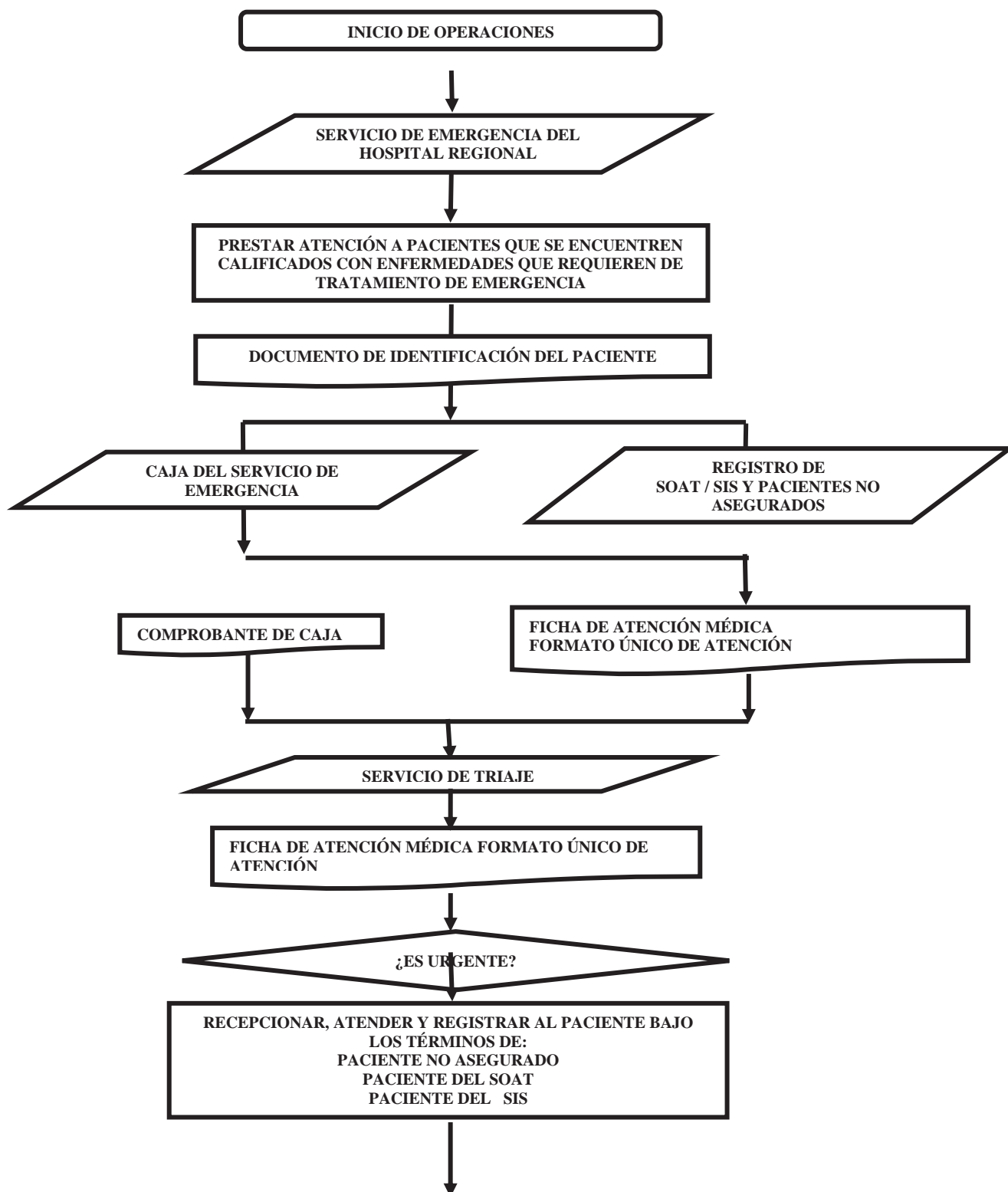
1. Atender el requerimiento de atención de salud en el servicio ordinario o de emergencia.
2. Verificar la identidad del beneficiario con su documento de identidad.
3. Emitir la Hoja De Atención Médica para ser derivado a TRIAJE.
4. Registrar la atención del paciente en la Hoja De Atención Médica y suscribir la firma y sello del responsable de la atención.
5. Consignar todos los insumos, bienes, prácticas y protocolos médicos utilizados y asignados a favor del paciente en el Hoja De Atención Médica.
6. Registrar todas las ocurrencias del proceso de atención del usuario.
7. Centralizar la información de atención del paciente en el SIS y remitirlo a la Administración del SIS, SOAT y pacientes no asegurados, para su procesamiento.

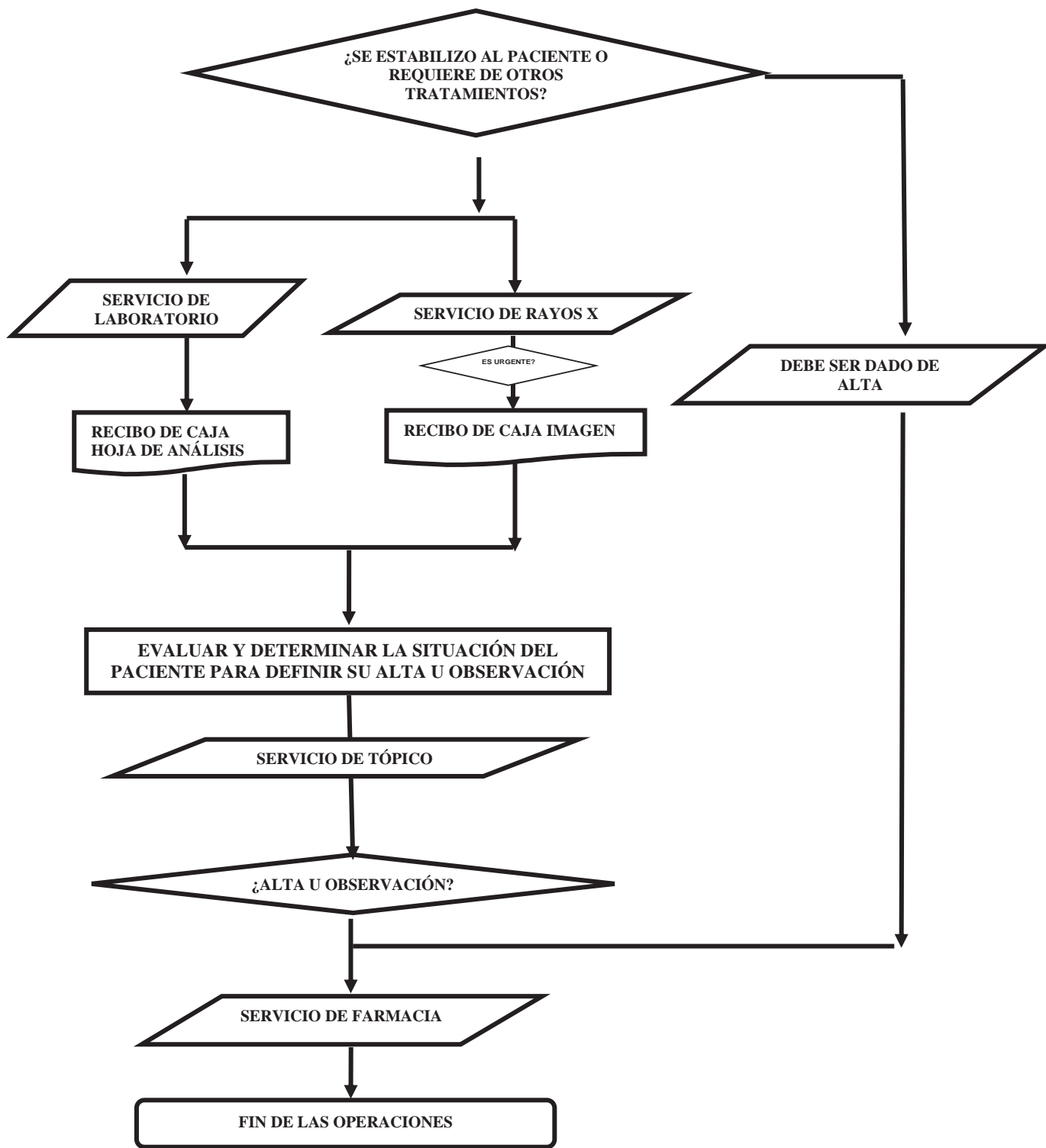
ELABORACIÓN PROPIA**FUENTE: MOF**

DIAGRAMA DE FLUJO DE OPERACIONES

Es un documento instrumental de gestión interna, donde con base al uso diagramas se establece la ruta del curso de las operaciones del puesto de trabajo.

GRÁFICO 23 FLUJO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA





ELABORACIÓN PROPIA
FUENTE: MOF

CONCLUSIONES

1. Al analizar el mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos se concluye que existe la relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia. Mientras haya mejoramiento del control interno habrá control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco, periodo 2017.
2. Al determinar la relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017, encontramos el nivel de relación es directa pero alta. Mientras haya buen ambiente de control habrá control adecuado de los recursos médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional.
3. Al determinar la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos se concluye que existe relación. Mientras haya unos buenos registros de control interno habrá control adecuado de los registros médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco.
4. Al determinar la relación del mejoramiento del control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico se concluye que existe relación directa pero alta del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio. Mientras haya mejoramiento de control interno habrá buena organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de Emergencia del Hospital Regional Cusco.

RECOMENDACIONES

Al Servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco:

1. Considerar que los buenos controles establecidos permitirán mejorar la buena gestión del servicio de Emergencia y quienes tiene la responsabilidad de hacer gestión debe monitorear permanentemente los controles establecidos por ende conlleva al mejoramiento del control interno en forma eficaz y oportuna que redundará en una buena gestión.
2. Establecer medios y mecanismos facultativos que permitan vincular de manera directa, efectiva y oportuna la permanente actualización de los manuales de organización y funciones y el clima favorable para desarrollar en forma eficaz y eficiente la gestión del servicio de emergencia.
3. Proponer que se diseñen buenos registros de control interno y actualicen para garantizar un buen control adecuado de los recursos médicos para garantizar en forma óptima la eficiente asignación de los recursos médicos y permita mejorar la gestión del servicio de emergencia.
4. Proponer que siempre se deben mejorar los mecanismos del mejoramiento de control interno lo que permitirá que habrá buena organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, con la calidad del servicio que debe prestar hacia los pacientes y se refleje un alto grado de satisfacción con el servicio de emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

- **RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA N° 072-2000 – CG, la Contraloría General de la República ha dictado un conjunto de normas relativas a establecer las NORMAS DE CONTROL INTERNO, para ser aplicadas en el Sector Público**
- Administración Gubernamental 2014, Tomos I, II y III – Álvaro Mairena, Editorial CIAT- Edición 2014.
- Ley del Presupuesto de la República 2016 – Diario Oficial El Peruano – Edición 2016.
- Sistema de Abastecimiento
- Organización y Sistemas Administrativos – Enrique Valdez – Editorial ATIPASA – Edición 2014.
- Tesis para Optar al Título de Contador Público – Los Sistemas de Abastecimiento y Tesorería en los Municipios del Cusco – Carlos Achahuancco Sierra y Sarmely Muña Achahuancco – año 2009.
- **RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA N° 004 2017 CG GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LAS ENTIDADES DEL ESTADO**

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MEJORAMIENTO DEL CONTROL INTERNO PARA CONTROLAR ADECUADAMENTE LOS RECURSOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO – PERIODO 2017

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	VARIABLES	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>¿Cuál es la relación de mejoramiento del control interno con en el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?</p> <p>Problema Específico 1.¿Existe la relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional</p>	<p>Analizar la relación del mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de Emergencia del Hospital Regional del Cusco, período 2017.</p> <p>Objetivo Específico 1.Determinar la relación del ambiente de control con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional</p>	<p>Existe relación entre el mejoramiento del control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencias del hospital regional Cusco, periodo 2017.</p> <p>Hipótesis Específico 1.Existe relación entre el ambiente de control con el control de recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.</p>	<p>(X) Mejoramiento del control interno</p>	<p>X.1 Ambiente de control</p> <p>X.2 Registros de control interno</p>	<p>X.1.1 Manuales de organización y funciones del Servicio de emergencia. X.1.2 Manuales de Funciones generales de los servicios de emergencia. X.1.3 Manuales de Funciones específicas de los servicios de emergencia. X.1.4 Manuales de Funciones para servidores a cargo de las fases operativas que desarrollan diferentes procesos. X.2.1 Recepción de documentos de los pacientes X.2.2 Proceso de evaluación de requisitos de los</p>	<p>Tipo y nivel de investigación Investigación aplicada Diseño: Descriptivo y explicativo, correlacional</p> <p>Muestreo no probabilístico Población y muestra 30 trabajadores que están comprendidos: médicos, enfermeras, técnicos en enfermería y personal administrativo</p>

<p>Cusco, período 2017? 2. Cuál es la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017? 3. ¿Cómo es la relación del mejoramiento del control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017?</p>	<p>Cusco, período 2017 2. Determinar la relación de los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017. 3. Determinar la relación del mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.</p>	<p>2. Existe relación entre los registros de control interno con el control adecuado de los recursos médicos del servicio de emergencia del Hospital regional Cusco, período 2017. 3. Existe relación entre el mejoramiento de control interno con la organización de los medicamentos y materiales de uso médico del servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco, período 2017.</p>	<p>(Y) Control adecuado de los recursos médicos</p>	<p>Y.1 Organización del uso de los recursos médicos</p>	<p>pacientes X.2.3 Proceso de registro de los beneficiarios del SIS y SOAT X.2.4 Proceso de Registro de la atención de salud X.2.5 Proceso de informe del uso del SIS y SOAT. Y.1.1 Aplicación adecuada de los medicamentos y materiales de uso médico Y.1.2 Uso adecuado de los recursos médicos en las atenciones realizadas Y.1.3 Respecto al uso de los recursos médicos se cuenta con reportes disponibles Y.1.4 En el uso de los recursos médicos se cuenta con reportes actualizados.</p>	
--	---	--	---	---	---	--

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Le invoco leer atentamente las afirmaciones que se consignan en el presente documento y respondan con la valoración que usted considere la más adecuada. Le agradecemos por anticipado su colaboración con la investigación

Escala	Valoración
Bueno	1
Regular	2
Malo	3

Preguntas	1	2	3
1. ¿En el ambiente de control interno el Manual de Organización y Funciones del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es? 2. ¿El diseño de los manuales de funciones generales del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es? 3. ¿El diseño de los manuales de funciones específicas del servicio de emergencia como documento instrumental de gestión es? 4. ¿El diseño de los manuales de funciones para servidores a cargo de todas las fases operativas que desarrollan los diferentes procesos es? 5. ¿Los registros de control interno los procesos de recepción de documentación de los pacientes son? 6. ¿Los registros de control interno en el proceso de evaluación de los requisitos de los pacientes es? 7. ¿Los registros de control interno del proceso de exploración del beneficiario del SIS y del SOAT y pacientes no asignados son? 8. ¿Los registros de control interno del proceso de registro de la atención de salud mediante el SIS y SOAT son? 9. ¿Los registros de control interno del proceso de informe del uso del SIS y SOAT son? 10. ¿En la organización de los medicamentos y materiales de uso médico su aplicación es adecuada de los medicamentos de uso médico? 11. ¿Cómo es el uso adecuado de los recursos médicos en las atenciones realizadas? 12. ¿Las decisiones tomadas respecto al uso de los recursos médicos los reportes disponibles son? 13. ¿Los recursos médicos, los reportes actualmente disponibles son?			

