

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**



**ESCUELA DE POSGRADO**

**DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN**

**DOCTORADO EN ADMINISTRACIÓN**

**TESIS**

**APLICACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y SU INCIDENCIA EN  
LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS ESSALUD, PERÍODO  
2014-2015**

**PRESENTADO POR:**

**ANGÉLICA BUITRÓN ROJAS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN  
ADMINISTRACIÓN**

**ASESOR: DR. JULIO FIDEL PRÍNCIPE LÓPEZ**

**2017**

## **DEDICATORIAS**

Esta tesis se la dedico a mi 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 mis hijos, Cynthian, Rossmely y José Julio, que dan sentido a mi vida y que siempre están y estarán en mi corazón con su amor.

A mis padres que lo dieron todo por mí y especialmente a mi madre que me acompaña siempre. A mí querida Zulema por sus consejos y su amor.

A mi esposo y compañero, que siempre ha creído en mí y me ha apoyado en todos los malos momentos, sin pedir nada a cambio.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres que lo dieron todo por mí.

A los catedráticos que durante estos cuatro semestres de estudios compartieron con nosotros sus conocimientos enseñándonos que el conocimiento se debate y se comparte, porque no es de nuestra propiedad.

# ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	<b>1</b>
<b>DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo I: Fundamentos Teóricos</b>	<b>10</b>
1.1 Marco histórico	10
1.2 Marco teórico	26
1.3 Investigaciones	53
1.4 Marco conceptual	67
1.5 Marco Filosófico	77
<b>Capítulo II: El Problema, objetivos, hipótesis y variables</b>	<b>85</b>
<b>2.1. Planteamiento del problema</b>	<b>85</b>
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	85
2.1.2 Definición del problema	86
2.1.2.1 Problema General	86
2.1.2.2 Problemas Específicos	86
<b>2.2 Finalidad y Objetivos de la investigación</b>	<b>87</b>
2.2.1 Finalidad	87
2.2.2 Objetivos: General y específicos	87
2.2.2.1 Objetivo General	87

2.2.2.2	Objetivos Específicos	87
2.2.3	Delimitación del estudio	88
2.2.4	Justificación e Importancia del estudio	88
<b>2.3</b>	<b>Hipótesis y variables</b>	<b>89</b>
2.3.1	Supuestos teóricos	89
2.3.2	Hipótesis principal y específicas	92
2.3.2.1	Hipótesis Principal	92
2.3.2.2	Hipótesis Específicas	92
2.3.3	Las variables e indicadores	93
<b>Capítulo III:</b>	<b>Método, técnica e instrumentos</b>	<b>95</b>
3.1	Población y muestra	95
3.1.1	Población	95
3.1.2	Muestra	95
3.2	Tipo, Nivel, Método y Diseño utilizado en el estudio	95
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	97
3.4	Procesamiento de datos.	97
<b>Capítulo IV:</b>	<b>Presentación y Análisis de los Resultados</b>	<b>99</b>
4.1	Presentación de resultados.	99
4.2	Contrastación de Hipótesis	126
4.3	Discusión de resultados	131
<b>Capítulo V:</b>	<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	<b>142</b>
5.1	Conclusiones	142
5.2	Recomendaciones	143
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>144</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>149</b>
Anexo N° 1.- Instrumento de recolección de datos	149
Anexo N° 2.- Matriz de coherencia interna	155
Anexo N°3 Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG	157
Anexo N°4 Resolución de Presidencia Ejecutiva N°262 PE-	199

## RESUMEN

El objetivo general del trabajo de investigación fue determinar la incidencia de la Aplicación del Control Interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

El tipo de investigación fue aplicado y el nivel explicativo.

La población objeto de estudio, estuvo conformada por 164 trabajadores Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos.

La muestra estuvo conformada por 115 trabajadores del Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, a las cuales se les aplicó el instrumento que constó de 24 preguntas, utilizando la escala de likert con alternativas de respuesta múltiple.

Se aplicó una prueba para medir la Validez y Confiabilidad del Instrumento resultando el instrumento válido, con un alfa de Cronbach de 0.887.

Los principales resultados de la investigación, muestran que no se realiza un adecuado control interno en el Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, sin embargo, opinan que un efectivo control interno beneficiaría a la gestión de la calidad del mencionado hospital.

Luego de la contrastación de hipótesis, quedó demostrado que la Aplicación del Control Interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

**Palabras clave:** Aplicación del Control Interno, gestión de la calidad de servicio.

## **ABSTRACT**

The general objective of the investigation was to determine the incidence of the Application of Internal Control in the Management of the Quality of Emergency Service of Hospital III Suárez Angamos, period 2014-2015.

The type of research was applied and the level explanatory.

The population under study was made up of 164 workers Emergency service of Hospital III Suárez Angamos.

The sample consisted of 115 employees of the Emergency Service of Hospital III Suárez Angamos, who were given the instrument that consisted of 24 questions, using the likert scale with multiple response alternatives.

A test was applied to measure the Validity and Reliability of the Instrument resulting in the valid instrument, with a Cronbach alpha of 0.887.

The main results of the investigation show that there is not adequate internal control in the Emergency Service of Hospital III Suárez Angamos, however, they believe that an effective internal control would benefit the management of the quality of the hospital.

After the hypothesis testing, it was demonstrated that the Application of Internal Control has a significantly impact on the Quality Management of Emergency Service of Hospital III Suárez Angamos, period 2014-2015.

**Keywords: Effectiveness of internal control, quality management service.**

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las organizaciones han evolucionado y sus estrategias están focalizadas en ser más competitivas; para ello nos exige la mejora de la calidad de nuestros productos y servicios, en atención a la demanda que presenta el mercado nacional.

La calidad de servicio, es un aspecto importante para los clientes como también para los trabajadores de las organizaciones.

Actualmente, el Hospital III Suárez Angamos Essalud brinda su atención a miles de pacientes asegurados. Para asegurar una buena gestión de calidad de servicio se cuenta con el organismo de control interno que vigila y asegura el adecuado cumplimiento de las normas y políticas de la institución.

El presente trabajo tiene como propósito determinar la incidencia de la Aplicación del Control Interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos.

El presente trabajo fue estructurado en una serie secuencial de capítulos, estableciéndose así en el primero de ellos los fundamentos teóricos, donde se incluyen los antecedentes de la investigación, marco teórico y marco filosófico, así como el marco conceptual correspondiente.

El segundo capítulo, que se titula el problema de la investigación, abarcó la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación y planteamiento del problema, así como los objetivos, hipótesis y las variables e indicadores, luego concluyéndose con la justificación e importancia del estudio.

En el tercer capítulo se muestra la metodología empleada, comprendiendo la misma el tipo y diseño, población y muestra, así como la técnica e instrumento de recolección de datos y las técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo, titulado presentación y análisis de resultados, se consideró la presentación de resultados, discusión de resultados y la contrastación de la hipótesis.

Finalmente, en el quinto y último capítulo, se seleccionaron las conclusiones y recomendaciones que a juicio del investigador son consideradas las más relevantes en el presente trabajo de investigación.

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **1.1 Marco histórico**

#### **1.1.1 Hospital III Suárez Angamos**

El hospital, ubicado en Miraflores, fue inaugurado el 30 de setiembre de 1983 como Policlínico.

El Hospital Angamos Suárez de Miraflores elevó su categoría, de Hospital II a Hospital III, lo cual le permitirá ofrecer mejoras en aspectos cuantitativos y cualitativos de la calidad de atención en beneficio de los 83 mil asegurados que atiende el centro asistencial.

La Resolución de Presidencia Ejecutiva N°1298-PE-ESSALUD-2011, establece que esta elevación de categoría se sustenta en la evaluación realizada por el Sector a través de la Dirección de Salud correspondiente; y expresada en la Resolución Directoral N° 1241/2009-DG-DESP-DISA V.L.C. emitida por el Ministerio de Salud.

El presidente ejecutivo de EsSalud, doctor Álvaro Vidal Rivadeneyra, acudió al ahora Hospital III Angamos Suárez, para formalizar esta elevación de categoría, que se ha alcanzado debido a la mejora progresiva de sus servicios de salud y al incremento de su capacidad resolutive, a nivel asistencial.

El centro asistencial brinda 36 mil consultas médicas mensuales, cuenta con moderno equipamiento y servicios especializados, como la Unidad de Cuidados Intensivos, que es uno de los requisitos con los que debe contar un Hospital III.

Asimismo, brindará el apoyo necesario para evaluar los respectivos expedientes técnicos presentados por los actuales funcionarios del hospital mirafloresino, que solicitan entre otras cosas la posibilidad de construir una nueva infraestructura hospitalaria.

Por su parte, el doctor Jorge Torres Bedregal, director del hospital, señaló que esta mejora representa un gran incentivo para los 872 trabajadores que laboran en los diferentes servicios del nosocomio miraflorentino. Además, anunció que esta re-categorización complementariamente significará el fortalecimiento de la Atención Primaria en la Red Asistencial Rebagliati, la que se concretará mediante las Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP).

En tanto, la doctora Patricia Suárez, presidenta del Cuerpo Médico, informó que el cambio era sumamente esperado y permitirá continuar implementando mejoras en beneficio de la población asegurada, como contar con más servicios, un mayor número de personal altamente especializado y en el futuro, contar con una nueva infraestructura hospitalaria.

### **1.1.2 Control Interno**

En los antiguos imperios, también se percibía una forma de control y cobro de impuestos cuando los soberanos exigían el mantenimiento de las cuentas de su residencia por dos escribanos independientes, evidenciando que de alguna manera se tenía tipos de control para evitar disposiciones de dineros u otros recursos no autorizados. Se evidencia que en Europa hacia los años 747 y 814, Carlos I “El Grande” (Carlomagno), a través del Missi Dominici nombraba un clérigo y un laico para que inspeccionaran las provincias del imperio. Hacia el año 1319, Felipe V de Francia, daría a su cámara de cuentas, poderes administrativos y jurisdiccionales para el control de los negocios financieros.

En el Perú, desde el gobierno de Leguía (1908-1912 y 1919-1930), en que se impulsó la primera modernización importante del Estado, los avances frente a los Sistemas de Control Interno han sido significativos, toda vez que el Estado progresivamente ha implementado controles para detener o por lo menos desincentivar la corrupción y que permitan adentrar al servidor y al

ciudadano en una cultura participativa de manejo de los recursos públicos, siendo el Sistema de Control Interno de las entidades públicas o privadas un mecanismo de inspección, vigilancia, sanción y conexión. (Cohaila, 2012, p. 11).

El control interno, es un proceso, ejecutado por el consejo de los directores, la administración y todo el personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable con miras a la consecución de objetivos en las siguientes categorías: Efectividad y eficiencia de las operaciones. Confiabilidad en la información financiera Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

Esta definición refleja ciertos conceptos fundamentales: El control interno es un proceso. Constituye un medio para un fin, no un fin sí mismo. El control interno es ejecutado por personas. No son solamente manuales de políticas y formas, sino personas en cada nivel de una organización. Del control interno puede esperarse que proporcione solamente seguridad razonable, no seguridad absoluta, a la administración y a la alta Dirección de una entidad. El control interno está engranado para la consecución de objetivos en una o más categorías separadas pero interrelacionadas.

Esta definición de control interno es amplia por dos razones. Primero, es la manera como la mayoría de los ejecutivos principales intercambian puntos de vista sobre el control interno en la administración de sus negocios. De hecho, a menudo ellos hablan en términos de control y están sometidos a control. Segundo, acomoda subconjuntos del control interno. Quienes esperan encontrar centros separados, por ejemplo, en los controles sobre información financiera o en controles relacionados con el cumplimiento de leyes y regulaciones.

De manera similar, un centro dirigido sobre los controles en unidades particulares o actividades de una entidad, pueden modificarse. (Mantilla,

2005, p. 3-9). El Control Interno ha sido preocupación de la mayoría de las entidades, y aunque con diferentes enfoques y terminologías, lo cual se puede evidenciar al consultar los libros de texto de auditoría, los artículos publicados por organizaciones profesionales, universidades y autores individuales.

Por eso en el presente trabajo se aborda la evolución del mismo y sus antecedentes. A través del tiempo los problemas de Control Interno, han centrado la preocupación de la gestión institucional, así como de los profesionales responsables de implementar nuevas formas de mejorar y perfeccionar dichos controles, esto es muy importante por cuanto el Control Interno es fundamental para que una entidad logre alcanzar, a través de una evaluación de su misión y visión, el logro de sus objetivos y metas trazadas, pues de lo contrario sería imposible que se puedan definir las medidas que se deben adoptar para alcanzarlos.

Como resultado del auge que tomó el comercio en los pueblos de Egipto, Fenicia, Siria entre otros países del Medio Oriente se desarrolló la contabilidad de partida simple. En estas épocas los sistemas de anotaciones habían sido sencillos debido a la reducida cantidad de operaciones.

Cada individuo habría podido ejercer su propio control. Con el advenimiento de los antiguos Estados e Imperios se hallan vestigios de sistemas de controles en las cuentas públicas. Si bien en un principio el Control Interno comienza en las funciones de la administración pública, hay indicios de que desde una época lejana se empleaba en las rendiciones de cuenta de los factores de los estados feudales y haciendas privadas.

Dichos controles los efectuaba el auditor, persona competente que escuchaba las rendiciones de cuenta de los funcionarios y agentes, quienes por falta de instrucción no podían presentarlo por escrito. Posteriormente,

con el incremento del comercio en las ciudades italianas durante los años 1400, se produjo una evolución de la contabilidad como registro de las transacciones, apareciendo los libros de contabilidad para controlar las operaciones de los negocios. En este ambiente comercial, el monje veneciano Fray Luca Pacioli mejor conocido como Luca di Borgo, matemático, desarrolló en 1494 la partida doble, analizando el hecho económico desde 2 puntos de vista: partida y contrapartida.

Desde mediados del siglo XVIII, con la Revolución Industrial, iniciada en Inglaterra, se fueron introduciendo de modo creciente las máquinas que eran operadas por varias personas para la producción de artículos industriales, haciéndose cada vez más complejos los procesos en los cuales intervenían más personas y como consecuencia de esto surge la necesidad de controlar las operaciones de los administrativos, viéndose forzados a delegar funciones dentro de la organización conjuntamente con la creación de sistemas y procedimientos que previeran o disminuyeran fraudes o errores, debido a esto comenzó a hacerse sentir la necesidad de llevar a cabo un control sobre la gestión de los negocios, ya que se había prestado más atención a la fase de producción y comercialización que a la fase administrativa u organizativa, reconociéndose la necesidad de crear e implementar sistemas de control como consecuencia del importante crecimiento operado dentro de las entidades.

Así nace el control como una función gerencial, para asegurar y constatar que los planes y políticas preestablecidas se cumplan tal como fueron fijadas. Debido a esto, los contadores idearon la comprobación interna, la cual era conocida como: "la organización y coordinación del sistema de contabilidad y los procesos adoptados, que tienen como finalidad brindar a la administración, hasta donde sea posible, práctico y económico el máximo de protección, control e información verídica".

El término de Control Interno reemplazó al de comprobación interna, debido

a un cambio conceptual, ya que el contenido del mismo ha sufrido una considerable evolución.

### **1.1.3 Gestión de la Calidad**

#### **Evolución del Concepto de Calidad**

##### **a.- Calidad desde la época antigua a la Época Artesanal:**

Gonzales y Brea (2011) señalan que el concepto de calidad ha existido desde que el primer hombre comienza a vivir. Aunque en ese momento a la calidad no se le daba una definición con palabras precisas, ya que el ser humano carecía de estudios que le ayudaran a darle una definición como la que ahora se maneja, sí buscaba la calidad en cada actividad que realizaba. Al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observaba las características del producto y enseguida procuraba mejorarlo.

Durante la Edad Media surgen los talleres y mercados basados en la calidad de los productos. La calidad se pretendía asegurar gracias a la selección del material a utilizar en los procesos y al sistema de formación de la mano de obra. Cada gremio (asociación de artesanos de un mismo oficio) exigía un período de capacitación a los aprendices. Dada la naturaleza artesanal de estos procesos, la inspección del producto terminado la realizaban los propios artesanos y los veedores que, a modo de auditores, velaban por la bondad del producto.

##### **b.- Calidad a partir de la Época Industrial:**

Con la llegada de la era industrial, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción. La producción de la línea de ensamblaje dividió operaciones complejas en procedimientos sencillos, capaces de ser ejecutados por obreros no especializados, lo que dio como resultado productos de gran tecnología a

bajo costo. El trabajador ya no tenía a su cargo la fabricación total de un producto, sino una parte de este y era responsable de la inspección en su fase del proceso (el objeto de la inspección era separar los productos aceptables de los no aceptables).

Por lo que a partir de este contexto de la era industrial se entendía la calidad como: "El grado en que un producto cumplía con las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado". Posteriormente fue evolucionando el concepto de calidad, que la Norma UNE 66-001 define como: "La adecuación al uso del producto o, más detalladamente, el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas".

El concepto de calidad ha trascendido hacia todos los ámbitos de la organización y, así, actualmente se define como: "Todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas; financieramente y toda la sociedad en general".

A comienzos del siglo XX se desarrolló la Organización Científica del Trabajo. Esta ciencia aportó rigor a la gestión de las organizaciones y sus principios básicos de descomposición del trabajo en actividades elementales, especializando al máximo en ellas a los operarios, y permitió a las empresas desarrollarse contratando personas procedentes del campo y sin ninguna cualificación.

Este y otros principios postulados por el taylorismo estaban adaptados a la realidad de su época, pero actualmente el entorno ha cambiado radicalmente respecto a comienzos del siglo XX, debido a la globalización de los mercados, el elevado nivel de cualificación de las personas y la accesibilidad a las tecnologías.

Gonzales y Brea (2011,18) Señalan las Diferencias entre el enfoque tradicional y el enfoque actual:

Enfoque tradicional. Taylorismo	Enfoque actual. Calidad Total - Excelencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Producir bienes.</li> <li>-<i>Objetivos</i> departamentales.</li> <li>-Unos pocos lo piensan todo.</li> <li>-Trabajo individual.</li> <li>-Énfasis en los Medios Físicos.</li> <li>-Mejora mediante inversión.</li> <li>-El trabajo como mercancía de compra--venta.</li> <li>-Confrontación-Negociación-Confrontación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Generar satisfacción del cliente.</li> <li>-Objetivos estratégicos ligados a procesos.</li> <li>-Todos piensan.</li> <li>-Trabajo en equipo.</li> <li>-Énfasis en las personas.</li> <li>-Mejora continua.</li> <li>-Integración de los empleados en la empresa.</li> <li>-Cooperación.</li> </ul>

### **Teorías y Movimientos hacia la Calidad y el Servicio:**

Vargas y Aldana (2011,55) señalan que existen varias teorías y movimientos hacia la calidad y el servicio entre las que podemos destacar

#### **a.- Teoría de Edward Deming**

Deming (1986), Planteó que la calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reproceso, mejor utilización de la maquinaria, del equipo y de los materiales así como menos demora en la fabricación y la entrega.

Creador de la estrategia “14 puntos Deming”, y de “Las siete enfermedades mortales”

Deming mejoro el círculo de calidad propuesto por Shewhart, el cual consiste en localizar el problema y atacarlo de raíz. Su trabajo ha hecho que sea reconocido en algunos lugares como el padre de la Administración moderna. Sus 14 Principios Son:

- 1.- Crear conciencia del propósito de la mejora del producto y el servicio con un plan para ser competitivo y permanecer en el negocio.
- 2.- Adoptar la nueva filosofía.
- 3.- Terminar con la dependencia de la inspección masiva.
- 4.- Terminar con la práctica de hacer negocios sobre la base únicamente del precio.
- 5.- Descubrir el origen de los problemas.
- 6.- Poner en práctica métodos de capacitación para el trabajo.
- 7.- Poner en práctica métodos modernos de supervisión de los trabajadores de producción.
- 8.- Eliminar de la compañía todo temor que impida que los empleados puedan trabajar efectivamente en ella.
- 9.- Eliminar las barreras que existan entre los departamentos.
- 10.- Eliminar slogan.
- 11.- Eliminar normas de trabajo que prescriban cuotas numéricas
- 12.- Retirar las barreras que enfrentan al trabajador de la línea con su derecho a sentir orgullo por su trabajo.
- 13.- Instituir un vigoroso programa de educación y reentrenamiento.
- 14.- Formar una estructura en la alta administración que asegure en el día a día los 13 puntos anteriores se han cumplido .

Deming señaló las siete enfermedades mortales de la gerencia que se pueden dar, son las siguientes:

1. Carencia de constancia en los propósitos
2. Enfatizar ganancias a corto plazo y dividendos inmediatos
3. Evaluación de rendimiento, calificación de mérito o revisión anual
4. Movilidad de la administración principal
5. Manejar una compañía basado solamente en las figuras visibles
6. Costos médicos excesivos
7. Costos de garantía excesivos

Deming estableció el ciclo PDCA de Mejora continua:

PLANEAR (PLAN): Establecer los planes

HACER (DO): Llevar a cabo los planes

VERIFICAR (CHECK): Verificar si los resultados concuerdan con lo planeado.

ACTUAR (ACT): Actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.

### **b.- Teoría de la Planificación para la Calidad**

Juran (1994, 2008), su enfoque se basa en la Administración de la Calidad que consiste en planear, controlar y mejorar la calidad, enfoque conocido más comúnmente como la trilogía de la calidad. Ha tenido una fuerte incidencia en el mundo por sus publicaciones y por su instituto de asesorías además, por su participación en la Sociedad Americana de Control de Calidad.

Sus puntos corresponden entonces a la planeación de la calidad independientemente de la organización del producto o proceso. La calidad se puede generar en una serie de pasos llamado "mapa de planeación de la calidad"; en él se trabajan los siguientes aspectos:

- 1.- Identificación de los clientes
- 2.- Determinar las necesidades de esos clientes
- 3.- Traducir las necesidades a nuestro lenguaje
- 4.- Desarrollar productos con características que respondan en forma
- 5.- Desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto
- 6.- Transferir el proceso a la operación

Control de calidad: en este tema Juran desarrolló los siguientes aspectos:

- 1.- Establecer un lazo de retroalimentación en todos los niveles y para todos los procesos.

- 2.- Asegurar que cada empleado se encuentre en estado de autocontrol.
- 3.-Establecer los objetivos de calidad y una unidad de medición para ellos.
- 4.- Proporcionar a las fuerzas operativas medios para ajustar el proceso de conformidad con los objetivos.
- 5.- Transferir responsabilidad de control
- 6.- Evaluar el desempeño del proceso y la conformidad del producto mediante análisis estadístico.-
- 7.- Aplicar medidas correctivas para restaurar el estado de conformidad con los objetivos de calidad

Mejoramiento de la calidad, este proceso se basa en conceptos fundamentales como:

- 1.-Realizar todas las mejoras, proyecto por proyecto
- 2.-Establecer un consejo de calidad
- 3.-Definir un proceso de selección de proyectos.
- 4.-Designar para cada proyecto un equipo de seis a ocho personas con la responsabilidad de completar el proyecto.
- 5.-Otorgar reconocimientos y premios.
- 6.-Aumentar el peso del parámetro de calidad en la evaluación de desempeño en todos los niveles de la organización
- 7.-Participar de la alta dirección en la revisión del progreso de las mejoras de calidad.
- 8.-Proporcionar entrenamiento extensivo a todo el equipo administrativo en el proceso de mejora de calidad, sus métodos y herramientas para establecer el programa de mejora de calidad anual.

### **c.- Teoría de la Calidad Total:**

Ishikawa (1993, 1994), autor de la herramienta de la espina de pescado y del libro ¿Qué es el control total de la calidad?

Fue el principal precursor de la calidad total en Japón y tuvo una gran relación en el mundo, ya que resaltó las diferencias culturales en las naciones, para el logro del éxito de la calidad.

Sus principios básicos se relacionan a continuación:

- 1.- En cualquier industria, control de calidad, es hacer lo que se tiene que hacer.
2. El control de calidad que no puede mostrar resultados no es control de calidad.
3. El control de calidad empieza y termina con la capacitación.
4. El control de calidad revela lo mejor de cada empleado.
5. Los primeros pasos del control de calidad, deben estar orientados a conocer los requerimientos de los consumidores y los factores que los impulsan a consumir.
6. Anticipar los problemas potenciales y quejas.
7. La calidad tiene que construirse en cada diseño y en cada proceso.
8. El control de calidad es una disciplina que combina el conocimiento con la acción.
9. Las actividades de los círculos de control de calidad son congruentes con la naturaleza humana y pueden ser exitosos en cualquier parte del mundo.
- 10.- Los métodos estadísticos son el mejor modo de controlar las operaciones

#### **d.- Teoría de la calidad basada en la administración de la organización**

Para Feigenbaum (1991), la calidad es un modo de vida corporativa, es una forma de administrar una organización. Es el primero en afirmar que la calidad no sólo se centra en el proceso productivo, sino en todas las funciones administrativas de la organización, integrando así los conceptos de la teoría general de los sistemas de calidad.

Es así como afirma que los elementos que constituyen el sistema no se centran en el área técnica de la empresa, sino que involucran aspectos

administrativos, organizativos y mercadeo, que busca encontrar la satisfacción del cliente, gestión laboral y gestión económica.

Feigenbaum decía que para que el control de calidad sea efectivo debe iniciarse con el diseño del producto y terminar cuando esté en manos del cliente "Satisfecho".-

Afirma que:

1. La calidad se debe planear con base en un enfoque hacia la excelencia en lugar de un enfoque orientado hacia la falta.
2. Todos los miembros de la organización son responsables de la calidad de los servicios y de los productos.
3. La calidad total requiere del compromiso de la alta dirección, que se manifestarán en la motivación continua y en las actividades de capacitación.
4. El Total Quality Control (TQC), requiere de la integración en una misma estructura, de actividades que no están frecuentemente coordinadas.
5. La calidad debe considerarse como un ciclo de vida total.
6. Existen cuatro procesos claves para controlar la calidad: diseño, materia prima, producto y proceso.
7. Para el TQC se deben utilizar herramientas estadísticas.
8. Cada integrante de la organización tiene que integrar su propio proceso y ser completamente responsable de la calidad.

#### **e.- Ingeniería de la calidad:**

Taguchi (1993), fue uno de los gestores de la ingeniería de la calidad que relaciona con el mejoramiento de la productividad haciendo ver la importancia de la reducción de la variabilidad, concepto que da origen al interés por la calidad total, pero sus ideas ayudan a no perderse en conceptos abstractos y a recordar que productividad y calidad se asocian al perfeccionamiento básico del negocio. Por lo tanto, su orientación a la calidad se basa en dos conceptos vitales: productos y servicios atractivos al cliente y oferta de productos que superan la competencia en cuanto a diseño y precio.

En tomo a las premisas anteriores se desarrollan 7 puntos:

- 1.-Función de pérdida
- 2.-Mejora continúa
- 3.-Mejora continua y variabilidad
- 4.-La variabilidad puede cuantificarse en términos monetarios
- 5.-Diseño del producto
- 6.-Optimización del diseño del producto
- 7.-Optimización del diseño del proceso

Taguchi desarrolló una metodología que denominó ingeniería de la calidad que divide en línea y fuera de la línea.

#### **f.- Teoría de cero errores**

Crosby (1989), En los años sesenta propuso un programa de 14 pasos que llamó el "cero defectos". Adicionalmente trabajó su prescripción sobre la salud corporativa y la vacuna de la calidad.

Crosby también afirma que la calidad se centra en cuatro principios absolutos:

- 1.-Calidad es cumplir con los requisitos.
- 2.- El ecosistema de calidad es prevención.
- 3.- El estándar de realización es cero defectos.
- 4.-La medida de calidad es el precio del incumplimiento

Con base en estos elementos se desarrollan los 14 principios los cuales se relacionan a continuación.

- 1.-Establecer el compromiso de la dirección.
- 2.-Formar un equipo de mejora de calidad.
- 3.-Definir indicadores de calidad para cada actividad.
- 4.-Evaluar los costos de la falta de calidad.
- 5.-Desarrollar la conciencia de la calidad.

- 6.-Realizar acciones formales para corregir los problemas identificados a través de los pasos previos.
- 7.-Establecer un comité para el día cero defectos
- 8.-Capacitar a los supervisores
- 9.-Realizar el día cero defectos.
- 10.-Alentar a las personas para que establezcan objetivos para la mejora de sí mismos.
- 11.-Identificar los problemas que impiden que el trabajo se realice con calidad.
- 12.-Crear consejos de calidad con el personal de staff.
- 13.-Establecer un programa de reconocimiento para aquellos que logran sus objetivos de calidad.
- 14.-Realizar de nuevo los pasos anteriores.

Habla también de la prescripción de la salud corporativa e involucra los siguientes principios:

1. Asegurar que toda su gente haga el trabajo de forma correcta.
- 2.-Todas las acciones del programa de mejoramiento de la calidad deberán estar encaminadas a asegurar un crecimiento lucrativo y constante de la compañía.
3. Anticipar constantemente las necesidades de los clientes.
4. Planear la administración para el cambio.
5. Crear un entorno laboral en el que el personal esté orgulloso de trabajar.

Crema una vacuna que se basa en los siguientes elementos

- 1.-Integridad organizacional
- 2.-Sistemas
- 3.-Comunicaciones
- 4.-Operaciones
- 5.-Políticas

### **g.- Teoría de la excelencia**

Peters y Waterman (1982) reconocidos investigadores estadounidenses de los secretos de la economía de las organizaciones, consultores del Instituto McKinsey. Autores del libro en busca de la excelencia, quienes afirman que los grandes negocios son exitosos, en la medida que apliquen los principios de la calidad y el servicio.

Sus principios son una combinación entre la competitividad, la calidad y excelencia, de tal forma que se alcance el éxito.

Estos autores resaltan ocho atributos de la excelencia; ellos son:

- 1.- Énfasis en la acción: "Hágalo, arréglole e inténtelo"
- 2.-Cercanía al cliente: las organizaciones sobresalientes tienen una conciencia clara de por quién existen y entonces operan en función del cliente. Por lo tanto, para lograr la cercanía al cliente practican:
  - a) obsesión por el servicio, b) obsesión por la calidad, c) arte de buscar los nichos; para tal efecto practican estrategias como, mejorar la segmentación, habilidad para fijar precios, astucia en el manejo de la tecnología, orientación hacia la resolución de los problemas, voluntad de gastar e invertir, escuchar a los usuarios.
- 3.-Autonomía e iniciativa, siempre en busca de los campeones, entendidos estos últimos como los creadores fantásticos que impulsan las innovaciones.
- 4.-Productividad contando con las personas.
- 5.-Valores claros y manos a la obra.
- 6.-Zapatero a tus zapatos.
- 7.-Estructuras sencillas y staff reducido.
- 8.-Estira y afloja simultáneo.

Todas estas Teorías de Alguna u otra forma hace que las empresas se preocupen en ser más competitivas y estén camino ha la excelencia buscando la Satisfacción del cliente que es la razón de toda empresa, ya

que sin clientes la empresa no tendría a quien venderle y por lo tanto es posible que desaparezcan del mercado.

## **1.2 Marco teórico**

### **1.2.1 Control Interno**

**Giraldo Jara** Demetrio (2005), define el concepto de control interno como “es el análisis de los sistemas de control de las Entidades sujetas a la vigilancia, con el fin de determinar la calidad de los mismos, el nivel de confianza que se les puede otorgar y si son eficaces y eficientes en el cumplimiento de sus objetivos.”

En la Resolución de Contraloría N° 072-98-CG que **Aprueban las normas técnicas de control interno para el Sector Público**, se considera la definición de control interno como “es un proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y, el personal 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
- elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad.

Para **Álvarez Juan** (2003), el control interno es un “conjunto de procedimientos, políticas, directivas y planes de organización los cuales tienen por objeto asegurar una eficiente, seguridad y eficacia administrativa y operativa así como alentar y supervisar una buena gestión financiera a fin de obtener información oportuna y adecuada y

proporcionar una seguridad razonable de poder lograr las metas y objetivos producidos.

El control interno es un proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros funcionarios de la entidad, la esencia del control interno está en las acciones tomadas para dirigir o llevar a cabo las operaciones, dichas medidas incluyen corregir las deficiencias y mejorar las operaciones.”

Dentro de la estructura del control interno, el “Ambiente de control se refiere al establecimiento de un entorno que estimule e inflencie las tareas de las personas con respecto al control de sus actividades. El ambiente de control tiene gran influencia en la forma en que son desarrolladas las operaciones, se establecen los objetivos y estiman los riesgos.”

El ambiente de control interno, dice, “es la base para los otros componentes del control interno, dado que provee disciplina y estructura. Dentro de él las personas conducen sus actividades y llevan a cabo sus responsabilidades de control.

Los elementos que conforman del ambiente interno de control son los siguientes:

- Integridad y valores éticos.
- Autoridad y responsabilidad.
- Estructura Organizacional
- Políticas de personal.

Estos elementos están referidos a:

- Integridad y Valores éticos: La identidad constituye una calidad de la persona que mantiene principios morales sólidos y vive en un marco de valores. La ética está conformada por valores morales que

permiten a la persona adoptar decisiones y tener un comportamiento correcto en las actividades que le corresponde cumplir en la entidad.

- Autoridad y responsabilidad: Este factor se refiere a la forma en que se asigna la autoridad y responsabilidad en la entidad para el desarrollo de las actividades operativas.
- Estructura organizacional: La estructura organizacional de una entidad proporciona el marco dentro del cual planean, ejecutan, controlan y supervisan sus actividades, a fin de lograr los objetivos y metas establecidas. Esta estructura organizacional incluye la consideración de áreas claves de autoridad y responsabilidad y líneas de información.
- Políticas de personal: Está referida a la administración de los recursos humanos, desde su captación, incorporación, inducción, evaluación, etc.

El profesor **Rodríguez Joaquín** (2010), nos dice que el control es una función independiente y bien definida. Incluye todas las actividades que el administrador emprende para asegurar que las actuales operaciones se lleven a cabo conforme a lo planeado.

Después de que se da comienzo a un plan de trabajo es necesario tener los medios para cerciorarse de que se efectúa en la forma debida y que los resultados son satisfactorios.

En cierta medida, dice, el control es una de las funciones cruciales. Para comprenderla, debemos saber que el concepto retroalimentación es su base.

Para que cualquier sistema funcione adecuadamente debe contar con indicadores que den a conocer su grado de eficacia y eficiencia en relación con su medio ambiente y sus procesos internos. La

retroalimentación proporciona esta clase de información, de modo que el sistema puede regular su rendimiento si es necesario.

**Claros Roberto** y **León Oscar** (2012), nos alcanzan la siguiente definición de Control Interno: “El Informe COSO define el control interno como un proceso efectuado por la junta directiva, la gerencia y otro personal designado, diseñado para proporcionar seguridad razonable respecto del logro de objetivos en las tres categorías siguientes: i) eficacia y eficiencia de las operaciones, ii) confiabilidad de la información financiera, y iii) cumplimiento con leyes y regulaciones.”

El Informe emitido por **The Comité of Sponsoring Organizations of Treadway (COSO)**, se considera como teoría moderna de Control Interno, ya que en el año 1992 señaló una estructura conformada por cinco componentes: el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control gerencial, el sistema de información y comunicación y el monitoreo.

Este informe, denominado también COSO, no sólo ha sido incorporado a las organizaciones privadas sino también a las entidades gubernamentales, para lograr los siguientes objetivos:

- Eficiencia y eficacia operatoria.
- Fiabilidad de la información financiera.
- Y el cumplimiento de las leyes y normas aplicables.

Estos objetivos brindarán un grado “razonable” de seguridad para la organización.

Sin embargo, a mediados del año 2001, en razón que se presentan nuevos casos de fraudes empresariales, la sociedad americana reunió nuevamente a las cinco instituciones profesionales de auditoría y control,

para que se pronuncien sobre la necesidad de la administración de riesgos, y proceda a desarrollar una estructura conceptualmente sólida que provea principios integrados, terminología común y orientación para la implementación práctica, que apoye los programas de las entidades para desarrollar o para comparar sus procesos de administración de riesgos del emprendimiento.

Producto de este trabajo, “la Comisión Treadway” emitió el documento denominado **Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado**, promoviendo un enfoque amplio e integral en entidades, que enfatiza los riesgos en cada uno de los componentes.

Estos nuevos enfoques pronunciados en el documento Gestión de Riesgos Corporativos, han sido recogidos por la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores a través del XVIII Congreso de Entidades Fiscalizadoras, realizado en el año 2004 en Budapest, Hungría, aprobándose la Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público.

Estos valiosos enfoques han sido adoptados por el Perú a través de la **Ley Nº 27785 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República**, publicada en el diario “El Peruano” el 23 de julio del 2002, que en su artículo 7º .- Control Interno señala: “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 se refiere esta Ley.”

Asimismo, en la **Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las Entidades del Estado** de fecha 18 de abril de 2006, en su artículo 3°.- Sistema de Control Interno, señala: “Se denomina sistema de control interno al conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del estado, para la consecución de los objetivos indicados en el artículo 4° de la presente Ley”; y con la Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG de fecha 30 de octubre del 2006, aprueba las Normas de Control Interno, y

define al control interno como “un instrumento de gestión que se utiliza para proporcionar una garantía razonable del cumplimiento de los objetivos establecidos por el titular o funcionario designado.

Se precisa que la estructura de control interno es el conjunto de los planes, métodos, procedimientos y otras medidas, incluyendo la actitud de la Dirección, que posee una institución para ofrecer una garantía razonable de que se cumplen los siguientes objetivos:

- Promover las operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces así como los productos y servicios con calidad, de acuerdo con la misión de la institución.
- Preservar los recursos frente a cualquier pérdida por despilfarro, abuso, mala gestión, error y fraude.
- Respetar las leyes, reglamentaciones y directivas de la Dirección.
- Elaborar y mantener datos financieros y de gestión fiables presentados correcta y oportunamente en los informes.

Debe formularse y promulgarse una definición amplia de la estructura de control interno, de los objetivos a alcanzar, y de las normas a seguir en la concepción de tales estructuras. La necesidad de hacer una clara distinción entre dichas normas y los procedimientos específicos a ser implantados por cada institución.

La responsabilidad de la Dirección por la aplicación y vigilancia de los controles internos específicos necesarios para sus operaciones, por ser éstos un instrumento de gestión, para los cuales se debe disponer de planes de evaluación periódica.

La competencia de la EFS en la evaluación de los controles internos existentes en las entidades fiscalizadas.”

A pesar que en nuestro país, se encuentran vigentes estas disposiciones legales, y al tener conocimiento que aún no se habían implementado las medidas de control interno en las entidades gubernamentales, la Contraloría General de la República ha emitido la **Resolución de Contraloría Nº 458-2008 de fecha 28 Octubre de 2008**, mediante la cual aprueba la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado, la misma que se encuentra pendiente, pues se ha extendido el plazo para su implementación.

Esta Guía tiene como objetivo principal proveer los lineamientos, herramientas y métodos a las entidades del estado para la implementación de los componentes que conforman el Sistema de Control Interno establecido en las Normas de control Interno.

También se puede indicar que sirve de referencia para la implementación o adecuación del sistema de control interno, promover la aplicación de una estructura de control interno uniforme que se adapte a cada unidad, así como exponer con mayor amplitud los conceptos empleados en las normas de control interno.

El párrafo 5 de la guía nos expone el marco conceptual: “La Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado reúne lineamientos, herramientas y métodos que permitirá realizar una adecuada implementación del SCI en la gestión de las operaciones de la entidad, con la finalidad de fortalecer la organización y contribuir al logro de sus objetivos, siempre de acuerdo con la naturaleza de sus actividades.

Para el proceso de implementación del SCI la guía considera tres fases:

- La primera fase es la Planificación, la cual tiene como objetivo la formulación de un Plan de Trabajo que incluya los procedimientos

orientados a implementar adecuadamente el SCI, en base a un diagnóstico previamente elaborado. Son aspectos inherentes a esta fase asegurar el compromiso de la Alta Dirección y la conformación de un comité de Control Interno.

- La segunda fase es la Ejecución, en la que se implantará el SCI en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, para lo cual la entidad procede al desarrollo del Plan de Trabajo para la implantación del SCI.
- La tercera fase es la Evaluación, en la que se evalúan los avances logrados y las limitaciones encontradas en el proceso de implementación como parte de la autoevaluación mencionada en el componente de Supervisión.”

El control interno es de importancia para la estructura administrativa y contable de una empresa. Esto asegura que tanto son confiables sus estados contables frente a los fraudes y también asegura la eficiencia y eficacia operativa.

Según **Chiavenato Idalberto** (2002), en su libro Gestión del Talento Humano, nos manifiesta que el Desarrollo Organizacional “es un enfoque especial de cambio organizacional en que los propios empleados formulan el cambio necesario y lo implementan, muchas veces con la ayuda de un consultor interno o externo.”

Y nos presenta las siguientes características:

Se basa en la investigación y en la acción, lo cual significa recolección de datos sobre una unidad, grupo, departamento o la organización en conjunto y proporcionar a los empleados esos datos para que analicen y

desarrollen hipótesis sobre cómo debería ser esa unidad si fuese excelente.

En otras palabras, el Desarrollo Organizacional utiliza un diagnóstico de situación (investigación) y una intervención para modificar la situación (acción) y, posteriormente, un refuerzo para estabilizar y mantener la nueva situación. La metodología de investigación-acción la adoptan los especialistas en entrenamiento de las Naciones Unidas, en empresas del sector público y privado de varios países en desarrollo, como la estrategia más completa de cambio organizacional.

El Desarrollo Organizacional aplica los conocimientos de las ciencias del comportamiento, con el propósito de mejorar la eficacia de la organización. El Desarrollo Organizacional cambia actitudes, valores y creencias de los empleados para que puedan identificar e implementar los cambios (sean técnicos, de procedimientos, estructurales u otros) necesarios para mejorar el funcionamiento de la organización.

El Desarrollo Organizacional cambia el rumbo de la organización para mejorar la solución de problemas, la flexibilidad, la capacidad de reacción o respuesta, el incremento de la calidad del trabajo y el aumento de la eficacia.”

“El Desarrollo Organizacional es una actividad a largo plazo apoyada por la alta dirección para mejorar los procesos de solución de problemas y renovación organizacional, particularmente a través de un eficaz diagnóstico de colaboración y administración de la cultura organizacional (con énfasis especial en los equipos formales de trabajo, equipos temporales y cultura intergrupales), con la ayuda de un consultor, facilitador y la utilización de la teoría y la tecnología de las ciencias del comportamiento, incluidas la acción y la investigación.”

Toda organización requiere establecer las funciones que el personal debe desarrollar para la consecución de los objetivos de la entidad. Por esta razón, se formulan los manuales de organización y funciones (MOF), los mismos que describen en forma detallada las tareas que debe desarrollar cada uno de los integrantes que conforman la organización. Su cumplimiento asegurará que la gestión sea eficiente, confiable y rentable.

**Vera Mario** (2012), nos dice: “El Manual de Organización y Funciones es un documento normativo que describe las funciones específicas a nivel de cargo o puestos de trabajo, desarrollándose a partir de la estructura orgánica y funciones generales establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), así como en base a los requerimientos de cargos considerados en el Cuadro para Asignación de Personal.”

Actualmente, se encuentra vigente la **Directiva N° 001-95-INAP/DNR Normas para la Formulación del Manual de Organización y Funciones, publicada en el Diario oficial El Peruano el 11 de julio de 1995**, la misma que sirve de guía para la elaboración del Manual de Organización y Funciones (MOF) de las entidades públicas.

Este manual es un documento de carácter normativo que describe las funciones específicas a nivel de cargo o puestos de trabajo, desarrollándolas a partir de la estructura orgánica y funciones generales establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), así como en base a los requerimientos de cargos considerados en el Cuadro de Asignación de Personal (CAP).

El Sector Público en el año 1982, a través del desaparecido **Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)**, dictó algunas disposiciones mediante directivas que quedaron sin efecto al expedirse el Decreto Supremo N° 043-2006-PCM, publicado en el Diario oficial El

peruano el 26 de julio de 2006, con el que se disponía nuevos alcances para la elaboración del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), aprobándose los Lineamientos para la elaboración y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones-ROF por parte de las entidades de la Administración Pública.

Asimismo, al año siguiente el gobierno expidió el Decreto Supremo N° 018-2007-PCM del 03 de marzo de 2007, el cual deroga la Segunda Disposición Complementaria de los Lineamientos para la elaboración y aprobación del Reglamento de Organización y Funciones por parte de las entidades de la Administración Pública, con el objetivo de generar la aprobación de un Reglamento de Organización y Funciones que contenga una adecuada estructura orgánica de la entidad y la definición de sus funciones y las de los órganos que la integran, acorde con los criterios de diseño y estructura de la Administración Pública que establece la Ley N° 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos e identificar las responsabilidades específicas de las entidades públicas y sus unidades orgánicas, asignadas por el ordenamiento jurídico aplicable.

**Vera Mario** (2012), nos define: “El Manual de Procedimientos es un documento descriptivo y de sistematización normativa, teniendo también un carácter instructivo e informativo. Contiene en forma detallada las acciones que se siguen en la ejecución de los procesos generados para el cumplimiento de las funciones, y deberá guardar coherencia con los respectivos dispositivos legales y/o administrativos, que regulan el funcionamiento de la entidad. Además, sirve como elemento de análisis para desarrollar estudios de racionalización.”

Este documento auxilia en la inducción del puesto y al adiestramiento y capacitación del personal, ya que describe en forma detallada las

actividades de cada puesto. Sirve para el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema, todo el personal lo puede consultar. Se puede iniciar tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc, para automatizar las tareas y si ya se encuentra automatizada mejorarlas, además uniforma y controla el cumplimiento de las actividades o rutinas de trabajo, evitando la alteración o modificación arbitraria. Facilita la identificación de responsabilidades por faltas, fallas o errores; lo que permitirá a la acción de control o auditoría la evaluación del control interno. El cumplimiento de este Manual aumenta la eficiencia del personal, en razón que les indica lo que deben hacer y cómo deben hacerlo. Permite coordinar las actividades y ayuda a evitar las duplicidades de funciones.

En el cumplimiento de las funciones, el ambiente interno que abarca el talento humano de una organización, influye en la conciencia de sus empleados sobre el riesgo inherente en cada actividad a desarrollar y forma la base de los otros componentes de la gestión de riesgos corporativos, proporcionando disciplina y estructura.

Los factores del ambiente interno incluyen la filosofía de gestión de riesgos de una entidad, su riesgo aceptado, la supervisión ejercida por el Consejo de Administración, la integridad, valores éticos y competencia de su personal y la forma en que la dirección asigna la autoridad y responsabilidad, y organiza y desarrolla a sus empleados.

En lo relativo al Manual de Procedimientos (MAPRO), este documento fue instituido mediante la Resolución Jefatural N° 059-77/INAP/DNR/ de 12 de mayo de 1977 que aprobó **la Directiva N° 002-77-INAP/DNR Normas para la Formulación de los manuales de Procedimientos** cuya finalidad fue asegurar se adopte un proceso uniforme en la elaboración de los Manuales de Procedimientos. Este Manual es un documento descriptivo y de sistematización normativa, teniendo también

un carácter instructivo e informativo. Contiene en forma detallada las acciones que se siguen en la ejecución de los procesos generados para el cumplimiento de las funciones, y deberá guardar coherencia con los respectivos dispositivos legales y/o administrativos, que regulan el funcionamiento de la entidad. Además, sirve como elemento de análisis para desarrollar estudios de racionalización.

Sus características son: Información concisa y clara, fácil manejo e identificación de cada procedimiento, pequeño volumen, que integren en un solo formato la descripción y el diagrama de flujo y dimensiones uniformes. Tan igual que el Manual de Organización y Funciones, debe tener en cuenta el Reglamento de organización y Funciones (ROF) de la entidad.

### **Control gubernamental**

**Claros Roberto** y **León Oscar** (2012), nos indican que 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.

Para tal efecto, el control gubernamental se ejerce mediante sistemas de control de legalidad, de gestión, financiero, de resultados, de evaluación de control interno u otros que sean útiles.... Además, se conceptúa al Sistema de Control Gubernamental como el conjunto de acciones con las que cuentan las instituciones públicas para lograr sus propósitos y puedan ofrecer un mejor servicio a la comunidad.”

Según el Artículo 6° de la **Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República**, 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 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.

Conforme a los atributos que por Ley le corresponde, la Contraloría General de la República viene realizando acciones de control a la información de los Estados Financieros, así como a determinados temas o aspectos de relevancia.

El control gubernamental es inherente a todos los miembros de las Fuerzas Armadas (FFAA), no sólo por pertenecer a una Entidad del Estado sino también porque desempeñan cargos de dirección, tomando decisiones inherentes al cargo que ejercen. Estas decisiones tienen incidencia en el área contable, en razón que los funcionarios de las FFAA administran fondos asignados del Tesoro Público.

Debemos comprender además que, de conformidad a los alcances del Decreto Legislativo N° 437, el Ejército cuenta dentro de su organización con un ente de control denominado Inspectoría General del Ejército, cuyas atribuciones han quedado limitadas sólo al plano administrativo castrense para no contraponerse a las nuevas disposiciones de la Contraloría General de la República.

En la actualidad, se tiene vigente la **Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG**, la misma que se encuentra en el anexo N°3 de la

presente investigación, así como la **Resolución de la Presidencia Ejecutiva N°262-PE-ESSALUD-2017**, la misma que se encuentra en el anexo N°4.

### **1.2.2 Gestión de Calidad de Servicio**

Calidad y servicio son dos conceptos indisolubles cuando se trata de la relación directa que establecen las organizaciones con los clientes, en algunos casos se le incluye dentro del genérico productos sin diferenciarlos de otras mercancías a las que acceden las personas.

Vargas y Aldana (2011, 75), explican que los servicios y la calidad surgen en el sistema económico, porque los servicios satisfacen las necesidades de los clientes mejor de lo que harían ellos solos, ya sean individuos u organizaciones; y la segunda, porque busca la excelencia en las organizaciones.

La primera interpretación del servicio, ha sido, entenderlo como un valor agregado al producto. Luego fue concebido como una utilidad en sí misma que en oportunidades, requiere presentarse a través de bienes tangibles y en otras, por medio de la comunicación cliente – proveedor.

Hoy se estima que el servicio es inherente a todos los procesos de intercambio; que es el elemento central de transferencia que se concreta en 2 formas: el servicio en sí mismo y el servicio añadido a un producto.

Las razones anteriores hacen que toda organización orientada hacia la calidad del servicio, se deba construir con la concepción de incorporar valor durante su diseño, producción y entrega lo que implica atravesar ciertos procesos de manera horizontal en toda la institución. Como es conocido, la administración efectiva no es la suma de las acciones, sino el producto de las interacciones de cada sistema, con el resto de los

sistemas institucionales, con la certeza de que sus resultados se centraran en la satisfacción de los clientes internos y en el impacto que esta satisfacción dé a los clientes externos.

Es así como se debe pensar en la creación y administración de una cultura, entendiéndose por cultura, la construcción de un conjunto de presunciones y verdades, compartidas y validadas por un grupo de personas a partir de las experiencias exitosas en la solución de sus problemas, para su supervivencia, que mejore los patrones existentes; que orienten a la vez el desarrollo del hombre, al permitirle aportar ideas, generar conocimientos a partir de su participación y a la vez crear e innovar para la prestación de los servicios a los clientes.

En tercer lugar hay que tener en cuenta, que la clave para el logro de la calidad en el servicio, implica prestar atención a los procesos desde su conceptualización hasta su aseguramiento y garantía, logrando que realmente satisfagan a los usuarios, no solo en sus necesidades sino en los deseos y expectativas que ellos tienen dentro del contexto de la eficacia, consiguiendo que los clientes no solamente sean leales a la organización sino también, comenten su satisfacción con las personas con las cuales se relacionan diariamente.

En la actualidad, a las empresas se le hace difícil de ofrecer desde el punto de vista técnico, mejores soluciones que sus competidores. Cada vez más en los sectores de negocios, lo que cuenta con los distintos tipos de servicios y elementos auxiliares de las empresas, es la oferta que puede hacer a sus clientes, siguiendo una clara orientación al mercado y a la competitividad.

Se proponen algunas definiciones relacionadas con la calidad del servicio para finalmente construir la más pertinente para el presente estudio.

Domínguez (2006: 47) "La calidad es la habilidad que posee un sistema para operar de manera fiable y sostenida en el tiempo, a un determinado nivel de desempeño; en una organización de servicios".

Vargas y Aldana (2011, 14) "Definen la Calidad como todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general".

Aguilar (2010:12) "Los componentes de un buen servicio son la confiabilidad para ofrecer un servicio de una manera exacta, segura y consciente, respuesta para brindar un servicio puntual, conocimiento, cortesía de empleados, así como la habilidad para transmitir seguridad, empatía para brindar atención personalizada y cuidadosa a clientes.

En consecuencia la calidad del servicio es un conjunto de elementos tangibles, fiabilidad, responsabilidad o capacidad de respuesta, seguridad y empatía, que perciben los clientes de las organizaciones en concordancia con el nivel de satisfacción que obtienen de todas sus expectativas.

Dada la cada vez más especializada literatura relacionada con ambas variables y la necesidad de su inclusión, gran parte de esta se ha incorporado considerando las citas respectivas comparándose con la opinión de diversos autores y entidades relacionadas al tema.

Serrano y López (2001) en su trabajo de Investigación Modelos de la Calidad de Servicio: Revisión y Propuesta de integración con la Estrategia Empresarial, señala la existencia de dos grandes escuelas o enfoques a la calidad en el ámbito de los servicios: La Escuela Nórdica y la Escuela Norteamericana.

**La Escuela Nórdica sobre Calidad del Servicio:** en la que se encuentran los trabajos de Grönroos (1982,1984), Gummesson (1978) o Lethinen y Lethinen (1991), y que sostiene que se puede distinguir dos dimensiones a la hora de hablar de calidad de servicio: calidad Técnica y Calidad Funcional, siendo la interrelación entre ambas un factor clave en la determinación de la imagen corporativa de la empresa en relación con la calidad.

**La Escuela Norteamericana sobre Calidad del Servicio:** Que gira en torno a las aportaciones de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985,1988) y que se concretan en tres aspectos básicos: La definición del constructo de Calidad de servicio e identificación de las dimensiones que lo integran, la creación de una escala de medición del mismo la denominada escala SERVQUAL, revisada posteriormente por sus autores Parasuraman, Zeithaml y Berry (1991) y el desarrollo de un modelo de calidad de servicio basado en la existencia de gaps que explican las diferencias entre el servicio esperado y recibido. Los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1991), especialmente los relacionados con los dos primeros aspectos mencionados ha sido objeto de amplia contrastación (Fick y Ritchie, 1991; Saleh y Ryan, 1992; Bojanovic y Rosen, 1993; Patton, Stevens y Knutson, 1994; Heung, Wong y Qu, 2000) pero también de un amplio debate científico, no cerrado todavía y como resultado del cual han surgido nuevas conceptualizaciones y escalas alternativas de medición de la calidad del servicio (Cronin y Taylor, 1992, 1994; Teas, 1993, 1994; Buttle, 1996; Smith, 1999; Dabholkar, Shepherd y Torpe, 2000; Brady, Cronin y Brand, 2002).

### **Gestión de la Calidad del Servicio:**

Gonzales y Brea (2011,11) señalan que en los últimos años han gozado de gran popularidad las Normas de "Aseguramiento de la Calidad" de la serie ISO 9000, Normas que, a partir del 15 de diciembre de 2000,

pasaron a denominarse "Gestión de la Calidad" con una única Norma certificable, que a día de hoy se encuentra en su revisión del 2008: la Norma UNE-EN ISO 9001:2008.

La Calidad Total - Excelencia se define como una "estrategia de gestión cuyo objetivo es que la organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general".

Para Gonzales y Brea (2011:16) la gestión de la calidad se define como "el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad".

Gonzales y Brea (2011,33), Señala que cuando se redactaron las Normas ISO 9000 e ISO 9004, determinaron 8 principios básicos, sobre los que descansa todo sistema de gestión de la Calidad. Estos Principios son:

- 1.-Organización orientada a la satisfacción del cliente,
- 2.-Liderazgo,
- 3.-Participación del personal,
- 4.-Enfoque basado en procesos,
- 5.-Enfoque de sistemas para la gestión,
- 6.-Mejora continua,
- 7.-Enfoque objetivo para la toma de decisiones,
- 8.-Relación mutuamente Beneficiosa con el proveedor.

#### **Principios de la Calidad del Servicio:**

Velazco (2011) señala que los principios de la calidad del servicio son:

El cliente es el único juez de la calidad del servicio.

El cliente es quien determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.

La empresa debe formular promesas que le permitan alcanzar los objetivos, ganar dinero y distinguirse de sus competidores.

La empresa debe "gestionar" la expectativa de sus clientes, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.

Nada se opone a que las promesas se transformen en normas de calidad.

Para eliminar los errores se debe imponer una disciplina férrea y un constante esfuerzo.

### **Aspectos sobre la Calidad del Servicio:**

Zeithaml (1988), considera que los aspectos de la calidad del servicio son:

Imagen.

Expectativas y percepciones acerca de la calidad.

La manera como se presenta un servicio.

La extensión o la prolongación de su satisfacción.

### **Dimensiones de la Calidad de Servicio:**

Deulifeu (2012), señala que muchos autores han investigado las dimensiones de calidad para los servicios.

### **El significado de Dimensión:**

Se considera aquí una serie de dimensiones o criterios que nos permitirán determinar la calidad en el servicio.

La dimensionalidad otorgada al concepto de la calidad del servicio es muy heterogénea si atendemos a la aportación de los distintos autores. Esta tesis se va a centrar en una de las aportaciones que ha suscitado mayor interés en la literatura de la calidad en los servicios, la de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry, que identificaron, a través de un estudio realizado en sesiones de grupo, los 10 criterios generales o dimensiones con los que los clientes juzgan la calidad del servicio:

Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Se define la calidad del servicio como la amplitud de las discrepancia o diferencias existentes entre las expectativas o los deseos de los clientes y sus percepciones y para ello se utilizan los 10 criterios valores o dimensiones mencionados anteriormente que por la existencia de correlación demostrada entre alguno de ellos, se reducen a 5 dimensiones.

El cuadro N°1 contiene el modelo adaptado de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1993), tomado para esta investigación, en la cual se dan las 5 dimensiones:

**Cuadro N°1**  
**Modelo adaptado de Parasuraman, Zeithaml, y Berry**

<b>Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1993)</b>	<b>Adaptado: Ávila (2011)</b>
Elementos tangibles	Elementos tangibles
Fiabilidad	Fiabilidad
Capacidad de respuesta	Responsabilidad
Seguridad	Seguridad
Empatía	Empatía

Según la escala multidimensional SERVQUAL, que es el modelo que aparece en la anterior tabla, es la herramienta para la medición de la calidad, que mide la calidad percibida por el consumidor como resultado de la diferencia entre lo que este espera de un servicio (expectativas) respecto a lo que realmente ha percibido en el momento de obtener el mismo (percepción); esta herramienta ha sido desarrollada por Parasuraman, Zeithaml y Berry, con el auspicio del Marketing Science Institute en (1988), ellos mencionan que son las siguientes 5 dimensiones, del modelo llamado SERVQUAL:

#### **a.- Elementos Tangibles**

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE): Proviene de la palabra en latín tangibilis; adj, “Que se puede tocar” En la escala SERVQUAL, los elementos tangibles están relacionados con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos.

Zeithman, Valerie y Bitner (2002:103) define elementos tangibles: (...) a la apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación. Todos ellos transmiten Parasuraman, Zeithaml, y Berry (Ávila, 2011).

CIBERTEC (2007:23): “Son los aspectos físicos tales como las instalaciones, el personal, la documentación y el material de comunicación que utilizan a primera vista, es la imagen que la empresa proyecta para poder construir lealtad, esta imagen física tiene que exceder las expectativas del cliente”.

Es decir, son los elementos físicos; equipos, personal, dinero, materiales de comunicación etc., que sirven para una mejor comodidad, precisión y rapidez, así como una debida utilidad de ellos.

### **b.- Fiabilidad**

Para la Real Academia Española (RAE) es la “Cualidad de fiable (seguridad y buenos resultados), probabilidad del buen funcionamiento de algo”.

Zeithman, Valerie y Bitner (2002:108) precisa que: “La fiabilidad de un sistema es hacer un producto o proceso sin fallos y evitando el riesgo mínimo, con un factor esencial para la competitividad de una industria, va desde (...), hasta el seguimiento del final de la producción”

Según la revista ABB Nueva Zelanda (2009:35):

“Una definición habitual de fiabilidad relaciona a esta con la disminución de las averías en los equipos. Por mejorar la fiabilidad se entiende tener la capacidad de identificar los problemas y reparar los equipos antes de que el departamento de operaciones advierta que hay algo que no funciona”.

En consecuencia es la capacidad para identificar los problemas, disminuir errores y buscar soluciones con la finalidad de evitar riesgos; mediante la mejora de los procesos, innovación de la tecnología y capacitación del personal, el abastecimiento de los insumos, ejecutándose el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. La fiabilidad es claramente un factor esencial en la seguridad de un producto que asegure un adecuado rendimiento de los objetivos funcionales.

En cualquier estudio de fiabilidad, hay la necesidad de definir objetivos o metas las cuales son:

Determinar si un sistema ha logrado un nivel específico de rendimiento, definir en qué dirección deben de encaminarse las fuentes para la obtención de un resultado óptimo, calcular el logro de las estimaciones por el método de máxima verosimilitud.

**c.- Capacidad de Respuesta o Responsabilidad:**

Según el Diccionario de La Real Academia Española (RAE) La palabra responsabilidad proviene del latín *responsum*, que es una forma de ser considerado sujeto de una deuda u obligación.

Para Zeithman y Bitner (2002:103) la responsabilidad es: “Disponibilidad para ayudar a los clientes y para proveer el servicio con prontitud”.

Según Pizam y Ellis (1999) “(...) La responsabilidad consiste en intentar ser sujetos. No se trata de ser simplemente un engranaje, de ser simplemente fatalidad, es decir algo necesariamente actúa de una manera determinada (...)”.

Según Schneider, Wheeler y Cox (1992) “La Responsabilidad es la capacidad de sentirse obligado a dar una respuesta o cumplir un trabajo sin presión externa alguna”.

La responsabilidad es un valor moral que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, con la disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido. Tiene dos vertientes: individual y colectiva:

Individualmente es la capacidad que tiene una persona de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos libres y conscientes.

Colectivamente es la capacidad de influir en lo posible en las decisiones de una colectividad, al mismo tiempo que respondemos de las decisiones que se toman como grupo social en donde estamos incluidos.

#### **d.- Seguridad:**

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) su significado es el siguiente: “cualidad de seguro, certeza (conocimiento seguro y claro de algo)”.

Castillo (2005:2) profesor de la universidad del BIOBIO de Chile menciona que la “Seguridad, como el conocimiento de los empleados sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza”.

Zeithman y Bitner (2002:103) la seguridad es:

“El conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza”.

El ingeniero González (2006) precisa que: “La seguridad es el conocimiento del servicio y la cortesía prestada, amabilidad de los empleados; así como, su habilidad para transferir confianza al cliente”.

En consecuencia, la seguridad es una cualidad, habilidad y aptitud del conocimiento de las personas para brindar la información acerca del servicio que se ofrece de una manera fácil, sencilla y precisa. Del mismo modo es la capacidad de transmitir confianza a las personas para que ellas nos puedan indicar sus necesidades, para así poder brindar la ayuda que requiera.

#### **e.- Empatía:**

Según Zeithman y Bitner (2002:103): empatía es “Brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa”.

Autores como Schiffman, León y Lazar, (2001), quienes definen empatía como:

“La habilidad cognitiva, propia de un individuo, de tomar la perspectiva del otro o de entender algunas de sus estructuras de mundo, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva”.

Feshbach (1984:67), definió empatía como: “Una experiencia adquirida a partir de las emociones de los demás a través de las perspectivas tomadas de estos y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía”.

La empatía es una habilidad propia del ser humano, nos permite entender a los demás, poniéndonos en su lugar para poder entender su forma de pensar así como comprender y experimentar su punto de vista mejorando las relaciones interpersonales que permiten la buena comunicación, generando sentimientos de simpatía, comprensión y ternura.

Para que esta habilidad pueda desarrollarse de la mejor manera se deben tomar en consideración algunas capacidades del comportamiento tales como: la calidad de interrelación, el desarrollo moral, buena comunicación y el altruismo (generosidad). También debemos tener en cuenta las respuestas emocionales, el bienestar que orientamos hacia las otras personas y algunos sentimientos empáticos (simpatía, compasión y ternura).

Pero la empatía cumple también las funciones de motivación e información ya que va dirigida a aliviar la necesidad de otra persona, permitiendo obtener información acerca de la manera en la cual se debe valorar el bienestar de los demás.

Podemos decir que una persona es empática cuando sabe escuchar con atención a los demás pero mejor aún sabe cuándo debe hablar y está dispuesto a discutir de los problemas para así encontrar una solución a ellos.

Así que ser empático es simplemente ser capaces de entender emocionalmente a las personas, lo cual es la clave del éxito en las relaciones interpersonales.

Por consiguiente la empatía es un valor propio del ser humano que le permite ponerse en el lugar de otras personas, de ese modo poder entender los problemas que lo aquejan y así ayudarlo de una manera más eficiente.

### **1.3 Investigaciones**

Se efectuó la búsqueda de trabajos de tesis realizados, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, así como en otras universidades del país y del extranjero. A continuación se detallan trabajos de investigación con sus respectivas conclusiones:

Talledo Guzmán, María Caridad (1992) en la tesis titulada *“Necesidad de un eficaz sistema de control interno, en el fortalecimiento de la gestión de los créditos y cobranzas de una empresa comercializadora de productos alimenticios”*, llegó a las siguientes conclusiones:

La gestión de créditos y cobranzas son actividades importantes y trascendentales en el ciclo operativo de la empresa, ello porque permite controlar la fluidez de los recursos financieros en su fase de origen y aplicación de fondos.

El trabajo permitió determinar que se hace indispensable que toda organización cuente con un sistema eficaz de control interno y así poder controlar de manera más adecuada la gestión de créditos y cobranzas, para permitir el correcto flujo de los recursos financieros.

Vega Jessy (2009), en su tesis: *“Diseño de un Manual de Control Interno para el Departamento Financiero en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo - Riobamba, Aplicando la Nueva Normativa y Herramientas Informáticas que Rigen para el Sector Público en el año 2009”*, formula el

diseño de un manual de Control Interno para el Departamento Financiero en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo – Riobamba, Ecuador en el que aplica la nueva normativa y las herramientas informáticas que rigen para el sector público en el año 2009. Para que sea factible la utilización del manual se describen los procedimientos para Compras, Anticipo de Sueldo, Avance de Obra, Horas Clase, Becas y Salarios, con ayuda de flujo gramas haciéndolo de fácil comprensión.

En la perspectiva que adopta la tesis, se puede afirmar que un departamento que no aplique controles internos adecuados, puede correr el riesgo de tener desviaciones en sus operaciones, y por supuesto las decisiones tomadas no serán las más adecuadas para su gestión e incluso podría llevar al mismo a una crisis operativa, por lo que, se debe asumir una serie de consecuencias que perjudican los resultados de sus actividades.

El control interno siendo un proceso, es decir, un medio para alcanzar un fin y no un fin en sí mismo, lo llevan a cabo las personas que conducen en todos los niveles, no se trata de manuales de organización y procedimientos, sólo puede aportar un grado de seguridad razonable y no la seguridad total para la conducción o consecución de los objetivos.

Al hablarse del control interno como un proceso, se hace referencia a una cadena de acciones extendida a todas las actividades, inherentes a la gestión e integrados a los demás procesos básicos de la misma: planificación, ejecución y supervisión.

Conclusiones:

- El estudio y diagnóstico de la situación actual de la Institución permitió conocer las necesidades para el Área Financiera, en la que se registra: Inexistencia de una Manual de Control Interno para el Sistema e-SIGEF y e-SIPREN.

- El análisis de conceptos y definiciones emitidas por diferentes autores sobre aspectos relacionados con el tema ayudaron a un mejor entendimiento en la elaboración del Manual.
- La Dirección Financiera es responsable de mantener la eficiencia, eficacia y economía en las operaciones realizadas, por la necesidad de cumplir la misión y objetivos institucionales.
- El control es una prioridad por lo cual se diseñó con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable sobre el logro de los objetivos del Departamento Financiero.
- El no poseer un control adecuado para el pago de obligaciones hace que se demore su cancelación dañando así la imagen fiel de la Institución.

En esta tesis se puede establecer aspectos que guardan relación con las variables del presente trabajo de investigación, como es el ejercicio de control interno en el Departamento Financiero de una entidad educativa y la participación del personal en todos los niveles para alcanzar que la organización sea óptima, caso similar sucede con el cumplimiento de las funciones del personal de la Oficina de Contabilidad de la Oficina General de Economía del Ejército.

Lam Elsa (2002), en su tesis titulada: *“Evaluación del Control Interno basado en el modelo COSO”*, señala que para las organizaciones es de mucha importancia tener los controles internos adecuados ya que de esto depende, que las operaciones se efectúen de manera correcta. Toda organización tiene riesgos, los que deben ser disminuidos con la adopción de controles.

El presente trabajo de tesis pretende demostrar que el modelo COSO es un instrumento eficaz en la evaluación del control interno de las organizaciones, así como reconocer que este modelo no sólo es de ayuda

para auditores (internos o externos), sino también para la gerencia de las organizaciones, con el fin de identificar los diferentes riesgos y la mejor práctica para disminuirlos o eliminarlos.

Este trabajo está dirigido a las personas que tengan interés en conocer o en ampliar sus conocimientos acerca del modelo COSO el cual ha estado en el medio por muchos años, pero en Guatemala es muy poco conocido y no se tiene mucha bibliografía disponible acerca del tema.

El motivo por el cual se eligió dicho tema fue que el control interno parece una parte fundamental para cualquier organización, ya que de ello depende que el personal actúe de forma correcta y elabore sus funciones tal y como le corresponde. Muchas veces el control interno no es tomado con la debida importancia y este trabajo considera que el modelo COSO incluye los puntos indispensables que deben de tomarse en cuenta.

El trabajo abarca lo que se refiere a conceptos de control interno y de COSO; por otra parte explica detalladamente los componentes del control interno en donde se incluye: el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación y el monitoreo, Por otra parte se incluyen situaciones en donde los controles fallan así como las personas responsables, el informe que puede ser utilizado y un caso práctico general en donde se evaluó los controles con los que cuenta el área de sistemas de una empresa mediana.

Debe de considerarse que el objetivo de dicho trabajo trata de cubrir los aspectos de mayor relevancia respecto al modelo COSO, por lo que no se pretende haber agotado el tema pues en sí es bastante amplio.

Conclusiones:

El modelo COSO es fruto del trabajo de un Comité representado por Contadores Públicos y Auditores así como administradores y financieros

los que se empeñaron en formar un comité y estandarizar una metodología para la evaluación del control interno.

El modelo COSO es un instrumento eficaz en la evaluación del control interno ya que incluye todos los aspectos a ser considerados tales como el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación así como el monitoreo.

El control interno constituye una parte fundamental en toda organización ya que de este depende que todas las operaciones se realicen adecuadamente y que los riesgos existentes puedan ser manejados y eliminados.

La dirección de toda organización es la responsable de tener los controles internos adecuados.

La evaluación de controles no es útil para una sola persona o profesión sino que contribuye a personas no sólo de la organización sino que para personas externas tales como auditores, legisladores, acreedores, etc. ya que si se cuenta con un adecuado control se tendrá certeza de que la organización maneja sus riesgos de la mejor forma.

Actualmente en Guatemala, el modelo COSO no es conocido profundamente y mucho menos aplicado. Es importante que el mismo sea tomado en cuenta no sólo por auditores independientes sino que por las organizaciones con el fin de mejorar.

Del mismo modo que en la anterior tesis, podemos distinguir algunos conceptos que han sido considerados en el presente trabajo de investigación, entre ellos el control, las funciones, la gestión de personal, entre otros; reafirmando que el control interno es parte fundamental para cualquier organización, ya que de ello depende que el personal actúe de forma correcta y elabore sus funciones tal y como le corresponde; como

se puede anotar, podemos distinguir las dos variables materia del estudio: el ejercicio del control interno y el cumplimiento de las funciones asignadas por la entidad.

Campos César (2003), en la tesis: *“Los procesos de control interno en el Departamento de Ejecución Presupuestal de Una Institución del Estado”*, desarrolló un trabajo de investigación en una entidad del Estado relacionando el control interno con la ejecución de los recursos presupuestales; la principal motivación para desarrollar este trabajo ha sido verificar si el Control Interno que se viene realizando responde a los objetivos que dieron origen a su implementación y si este está a su vez de acuerdo a las Normas Técnicas de Control para el Sector Público.

Esta inquietud ha sido determinante para tomar la firme decisión de realizar un estudio que permita detectar los problemas latentes de control, para que la investigación pretenda explicar cuáles son las dificultades que actualmente tiene el Departamento de Ejecución Presupuestal de una Entidad del Estado materia de estudio.

#### Conclusiones:

- a. Con relación a la Ejecución Presupuestal las políticas utilizadas en el Control Interno son coherentes, observándose las normas y procedimientos en todas las actividades del proceso de abastecimiento, influyendo favorablemente en el trabajo que se efectúa; sin embargo se amerita un Manual para su ejecución.
- b. Los objetivos que se establecen para el Control Interno, se alcanzan en forma satisfactoria lo cual permite que la gestión en el Departamento de Ejecución Presupuestal sea la adecuada conforme a lo esperado.
- c. El planeamiento que se desarrolla en el Departamento de Ejecución Presupuestal, viene ayudando a la gestión en esta organización,

teniendo gran influencia en la obtención de resultados, ya que se tiene pleno conocimiento del organismo y se evita que ocurran distorsiones en el sistema; por consiguiente es la etapa más importante en el proceso de control.

- d. Las estructuras existentes para ejecutar el Control Interno se encuentran establecidas a nivel del Departamento de Ejecución Presupuestal, siendo los resultados medianamente favorables, lo que influye en la gestión administrativa que se realiza debido principalmente al ambiente de control, recursos materiales y humanos.
- e. Los estándares deseados en la administración del Departamento de Ejecución Presupuestal, respecto al Control Interno que se viene aplicando de acuerdo a las normas y procedimientos para tal fin, ha permitido establecer criterios y políticas que fomentan prácticas y condiciones uniformes que optimizan dicha tarea; significando que los estándares de trabajo y rendimiento son similares a la de otros organismos del Sector Público encargado de realizar el control interno, igualmente dentro de la institución existente correlación con el de otras dependencias.
- f. Por la inmediatez las acciones correctivas en el control interno, se subsana rápidamente superando las deficiencias que existieran, lo cual permiten que la gestión administrativa no tenga inconvenientes durante su desarrollo.

La tesis de Campos César (2003) considera como variable además del Control Interno, el factor humano y se refiere a su calidad en el sentido que este factor humano debe ser capaz de responder en forma oportuna para resolver cualquier eventualidad, contando para ello con el manual de funciones y el de procedimientos debidamente adecuados a las particularidades de la Entidad.

Samamé María (2011), en la tesis: *“El Control como Medio en la Optimización de la Administración de los Recursos Humanos en el Congreso de la República del Perú”*, realizó un estudio sobre una problemática de mucho interés a nivel de una Institución del Estado, el control como medio en la optimización de la administración de los recursos humanos en el Congreso de la República del Perú, para lo cual se utilizó como técnica para el recojo de datos la encuesta, la cual estuvo conformada de 14 preguntas elaboradas con los indicadores de las variables y se trabajó con el personal de trabajadores en la parte administrativa de este Poder Legislativo.

En cuanto a su estructura, el estudio abarcó desde el Planteamiento del Problema, Fundamentos Teóricos de la Investigación, Metodología, la Interpretación de Resultados y Contrastación de Hipótesis, terminando con las Conclusiones y Recomendaciones, respaldada por una amplia Bibliografía de diferentes especialistas, quienes con sus aportes ayudaron a clarificar los alcances que tiene el control en la administración de los recursos humanos del Congreso de la República.

La investigación abarcó aspectos importantes tanto para la parte metodológica, que sirvió para el desarrollo de la tesis, como también en el sustento teórico, se utilizó material especializado que ayudó a la presentación de las variables: Control y Administración de los Recursos Humanos, dándole coherencia y claridad al trabajo, cuya información recopilada en la encuesta, facilitó su procesamiento estadístico y gráfico, como también las interpretaciones de cada una de las interrogantes, que facilitaron conocer la importancia que tiene el control en la administración de los recursos humanos.

Conclusiones específicas:

- a. Los datos obtenidos del estudio han permitido establecer que la comprobación de la ejecución de los planes de control influyen en la supervisión del trabajo que realiza el RR.HH en el Congreso de la República.
- b. Los resultados han podido constatar que la constante regulación de los planes en el tiempo influye en la ejecución de las políticas de control en el Congreso de la República.
- c. Se ha establecido que la medición frecuente del desempeño del recurso humano influye de manera favorable en la evaluación de los cargos en el Congreso de la República.
- d. La información ha permitido verificar que la ejecución de acciones correctivas influye en la evaluación frecuente del desempeño del RR.HH en el Congreso de la República.
- e. También se ha establecido que el cumplimiento de objetivos y estándares establecidos por el Departamento de RR.HH influye en la frecuente capacitación del personal en el Congreso de la República.
- f. De igual modo, se ha establecido que la comparación del desempeño del RR.HH con los objetivos y estándares establecidos influye en la ejecución de políticas de desarrollo del RR.HH en el Congreso de la República.
- g. En conclusión, se ha determinado que las acciones de control inciden en la optimización de los recursos humanos que trabajan en el Congreso de la República.

Los puntos comprobados en la tesis de Samamé María, el Control como Medio en la Optimización de la Administración de los Recursos Humanos en el Congreso de la República del Perú, presenta aspectos comunes al presente trabajo de investigación, nuevamente por las variables materia de estudio: control y recursos humanos, es decir el personal.

Efectivamente, el ejercicio del control interno en cualquier entidad y en particular para una entidad del Estado es un medio que permite optimizar la administración de los recursos humanos de la entidad, en este punto las

medidas de control interno no sólo deben ser estrictas, sino que por encontrarnos en el Sector Público y teniendo la obligación de rendir cuentas de la administración de los recursos económicos y presupuestarios, es necesario asegurar que el personal que desarrolla funciones para el Estado brinde un buen servicio, atendiendo los conceptos de efectividad y eficacia.

Tregear Matayoshi Víctor (2005), en su tesis *“Gestión de la calidad de salud: percepción del cliente”*, para optar el grado académico de Doctor en Administración. Pág. 13 y 155 - UIGV.

Observándose que el objetivo general fue el de Identificar y analizar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad de la atención recibida por los clientes hospitalizados del Hospital Militar Central “Luis Arias Schreiber”. Y los objetivos específicos fueron:

1. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad de los procesos de salud.
2. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal médico.
3. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal de enfermería.
4. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal técnico en enfermería.
5. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal de laboratorio clínico.
6. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal del servicio de nutrición.
7. Identificar los factores individuales asociados a la percepción de la calidad del personal de servicios.
8. Identificar los factores individuales asociados a la percepción global de la calidad del servicio.

Llegó a la conclusión siguiente:

Todos los factores individuales del cliente analizados en el trabajo se asocian en diferente grado con todas las dimensiones de percepción de la calidad del servicio en el Hospital Militar Central consideradas en la presente investigación.

Valdivieso Echevarría Amancio Rodolfo (2005), en su tesis "*Sistemas de Gestión Administrativa y la Calidad del Servicio Académico en las Universidades de la Región Huánuco 2003-2004*", para optar el grado académico de Doctor en Administración.

La presente Tesis estableció como objetivo general el Determinar las percepciones de autoridades, docentes y administrativos, así como, de los usuarios, con relación a los sistemas de gestión administrativa y la calidad de servicios académicos en las Universidades de la Región Huánuco.

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar la existencia o no de diferencias significativas entre las estimaciones de las autoridades, docentes y administrativos y las de los usuarios, sobre los sistemas de gestión administrativa en las Universidades de la Región Huánuco.
- Identificar la existencia o no de diferencias significativas entre las estimaciones de las autoridades, docentes y administrativos y las de los usuarios, sobre la calidad de los servicios académicos en las Universidades de la Región Huánuco.
- Proponer un perfil ideal de sistemas de gestión administrativa para optimizar la calidad de servicio académico en las Universidades de la Región Huánuco.

Las conclusiones a que arriba la presente Tesis, fueron:

1. Las estimaciones de los directivos, docentes, administrativos y de los usuarios sobre los sistemas de gestión administrativa se ubican en gran mayoría como regulares y su tendencia es hacia las categorías menores de la escala de medición.
2. Las estimaciones de los directivos, docentes, administrativos y de los usuarios sobre la calidad de los servicios académicos se ubican en gran mayoría como regulares y su tendencia es hacia las categorías menores de la escala de medición, aun cuando en algunos casos un sector importante de estudiantes manifiestan mejores percepciones sobre la calidad del desempeño de sus docentes.

Dado que el personal directivo, docente y administrativo y alumnos de las Universidades de la Región Huánuco, en la gran mayoría de los reactivos propuestos asignan la categoría regular con tendencia a las menciones inferiores de la escala de medición, se puede sostener que ambos grupos de informantes asignan bajas estimaciones tanto a los sistemas de gestión administrativa cuanto a la calidad de los servicios académicos.

Coca Balta Alfredo Edilberto (2008), en su tesis *“Calidad de Servicio que se brinda en el hospital San Juan Bautista de Huaral”*, para optar el grado académico de Maestría en Administración.

El objetivo general de esta tesis fue: Determinar los niveles de calidad de servicio que brinda al usuario externo en el Hospital de Huaral y establecer la relación que existe entre los diferentes servicios.

Los objetivos específicos fueron:

- Determinar el nivel de calidad de servicio que se brinda al usuario externo en consultorios externos del Hospital de Huaral.
- Determinar el nivel de calidad de servicio que brinda al usuario externo en emergencia del Hospital de Huaral.

- Determinar el nivel de calidad de servicio que se brinda al usuario externo en hospitalización del Hospital de Huaral.

Las conclusiones arribadas en esta tesis son:

1. Se estableció que, aplicando la escala de SERVQHOS-Huaral en cada una de las áreas de atención del Hospital de Huaral, podemos concluir que los atendidos en consultorio externo califican la calidad de atención a partir del nivel promedio superior hacia el nivel deficiente.
2. En el área de atención de emergencia los atendidos califican la calidad de atención en los niveles promedios superior al nivel óptimo. En conclusión podemos afirmar que el 80% de los atendidos en emergencia a diferencia de otras áreas, tienden a calificar la calidad de servicio entre el nivel superior y óptimo.
3. En el área de hospitalización encontramos que la percepción de los pacientes hospitalizados califican la calidad de servicio en el nivel promedio (promedio superior y promedio inferior).
4. En relación al diagnóstico de los niveles de calidad de la escala general y sus dimensiones, se concluye que en la dimensión de calidad del servicio el 77.1% de la muestra percibe la calidad por encima del promedio y tan solo el 22.9% está en el nivel promedio inferior, no llegando a niveles de calidad inferior ni deficiente; en la dimensión relaciones humanas el 45.9% está por encima del promedio, mientras que el 54.1% está por debajo del promedio. En la dimensión de gestión de calidad se encuentra que el 64.4% está por encima del promedio, mientras que el 35.6% está por debajo del promedio. En la escala general se encuentra que el 74.7% de la muestra total está por encima del promedio, mientras que el 25.3% está por debajo del promedio.

5. Existe una marcada diferencia en la percepción de la calidad de servicio por los clientes externos, tal como se confirma con la aplicación de las técnicas inferenciales de diferencia de medidas y de asociación. Al comparar los niveles de calidad de servicio con las áreas de atención del usuario externo, se concluye que el área de emergencia brinda una mejor calidad de servicio, por arriba del área de hospitalización y mucho mejor que consultorios externos, estadísticamente se rechazan las hipótesis nulas de las hipótesis 01, 02, 03 y 04, formuladas en el sistema de hipótesis.

Al establecer las asociaciones estadísticas entre los niveles diagnósticos de la escala general con las áreas de atención del hospital, se concluye que están estadísticamente asociados. Que la percepción que tiene el usuario está relacionada con la calidad de servicio brindada en las diferentes áreas de atención. Se rechazó la hipótesis nula de la hipótesis 04 del trabajo, al correlacionar la escala general con las sub escalas, se encontró que están estadísticamente correlacionadas al 0.000 de significancia estadística.

Del Rosario Avalos Félix (2010), en su tesis *“Gestión por competencias y su incidencia en la calidad del servicio administrativo de la Clínica Javier Prado SA”*, para optar el grado académico de maestría en Administración.

El objetivo general de esta tesis fue: Determinar como la gestión por competencias incidirá en mejorar la calidad de servicio administrativo de la Clínica Javier Prado SA.

Los objetivos específicos se plantearon de la forma siguiente:

- Determinar cómo influye en el personal administrativo la implantación de gestión por competencias en la calidad de servicio al cliente de la Clínica Javier Prado SA.

- Analizar de qué forma las competencias laborales incrementaran el nivel de la calidad del servicio administrativo en la Clínica Javier Prado SA.
- Comprobar como la técnica de evaluación por competencias incrementaran el nivel de participación en el mercado de la Clínica Javier Prado SA.

Concluyendo en:

1. Se ha comprobado que la Clínica Javier Prado SA basa su gestión de los recursos humanos en un modelo integral de gestión por competencias a fin de incrementar su competitividad y consolidarse en el mercado de servicios de salud.
2. Se ha demostrado que la gestión por competencias incide en la calidad del servicio administrativo en la Clínica Javier Prado SA, demostrándose también que las competencias son innatas de las personas y estas se desarrollan.
3. Se ha comprobado que las competencias laborales incrementan el nivel de calidad del servicio administrativo en la Clínica Javier Prado SA.

Se ha comprobado que la aplicación, evaluación y desarrollo de las técnicas de evaluación por competencias incrementa el nivel de participación en el mercado de la Clínica Javier Prado SA.

#### **1.4 Marco conceptual**

##### **Calidad del servicio**

Es un conjunto de elementos tangibles, fiabilidad, responsabilidad o capacidad de respuesta, seguridad y empatía, que perciben los clientes de las organizaciones en concordancia con el nivel de satisfacción que obtienen de todas sus expectativas.

## **Capacidad de Respuesta**

Prontitud de Ayudar a los clientes y la Capacidad de Proveer un servicio rápido.

## **Control**

Acción de medir o contrastar un hecho con determinados parámetros. Dos elementos son significativos en la acción de controlar: la comparación o contrastación de hechos, situaciones u omisiones contra una referencia preexistente.

Su desarrollo constituye un proceso integral y permanente.

## **Control Interno:**

Plan de la organización que comprende un conjunto de procedimientos y registros adecuadamente organizados para asegurar que la información contenida en los Estados Financieros incluya todas las transacciones realmente ejecutadas por la empresa y exponga razonablemente su situación económico-financiera. El Control Interno abarca toda el área administrativa como el área contable.

El Control Interno administrativo está orientado a asegurar el cumplimiento de las políticas internas de la empresa. El plan de la organización, los manuales de funciones, los manuales de métodos y procedimientos son algunos de los elementos para un adecuado planeamiento y control dentro de la organización.

El Control Interno Contable consiste en un conjunto de métodos y procedimientos que están relacionados con la aprobación de transacciones, la salvaguarda de activos y la exactitud de los reportes financieros. El área crítica donde se concentra el Control Interno Contable es el registro de las operaciones.

La función contable debe velar por el correcto registro de las transacciones, las cuales deben estar debidamente aprobadas y sustentadas con documentación válida. Un adecuado sistema de Control Interno Contable contribuye a una mejor gestión administrativa de parte de la gerencia y ayuda a detectar errores no intencionados y fraudes.

Un adecuado sistema de Control Interno debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Proteger los recursos de la empresa.
- Asegurar la exactitud y la confiabilidad de la información contable y operacional.
- Asegurar el estricto cumplimiento de las políticas trazadas por la empresa.
- Evaluar el rendimiento de los recursos de los departamentos y las divisiones.”

“El Control Interno consiste en un plan coordinado entre la Contabilidad, las funciones de los empleados y los procedimientos establecidos, de tal manera que la administración de un negocio pueda depender de estos elementos para obtener información más segura, proteger adecuadamente los bienes de la empresa, así como promover la eficiencia de las operaciones y la adhesión a la política administrativa prescrita.”

Control, según uno de sus significados gramaticales, quiere decir comprobación, intervención o inspección.

El control es una actividad de monitorear los resultados de una acción que permite tomar medidas para hacer correcciones inmediatas y adoptar medidas preventivas. También tiene como propósito esencial, preservar la existencia de cualquier empresa y apoyar su desarrollo; su objetivo final es contribuir a lograr los resultados esperados.

Se puede afirmar por consiguiente que:

El control interno es el conjunto de planes, métodos y procedimientos adoptados por una empresa u organización, con el fin de asegurar que los activos estén debidamente protegidos, que los registros contables sean fidedignos y que la actividad de la entidad se desarrolla eficazmente de acuerdo con las políticas trazadas por la gerencia, en atención a las metas y los objetivos previstos.

### **Clasificación del Control Interno**

El control interno se clasifica en:

#### **Control Contable:**

Comprende el plan de organización y todos los métodos y procedimientos cuya misión es salvaguardar los activos y la fiabilidad de los registros financieros; debe diseñarse de tal manera que brinde la seguridad razonable de que:

- Las operaciones se realizan de acuerdo con autorizaciones de la administración.
  
- Las operaciones se registran debidamente para:
  - a.) Facilitar la preparación de los estados financieros de acuerdo con los Normas Internacionales de Contabilidad.
  - b.) Lograr salvaguardar los activos.
  - c.) Poner a disposición información suficiente y oportuna para la toma de decisiones.
  
- El acceso a los activos sólo se permite de acuerdo con autorizaciones de la administración.

- La existencia contable de los bienes se compare periódicamente con la existencia física y se tomen medidas oportunas en caso de presentarse diferencias.
- El aseguramiento de la calidad de la información contable para ser utilizada como base de las decisiones que se adopten.

Los objetivos del control contable interno son:

- **La integridad de la información:** Que todas las operaciones efectuadas queden incluidas en los registros contables.
- **La validez de la información:** Que todas las operaciones registradas representen acontecimientos económicos que en verdad ocurrieron y fueron debidamente autorizados.
- **La exactitud de la información:** Que las operaciones se registren por su importe correcto, en la cuenta correspondiente y oportunamente.
- **El mantenimiento de la información:** Que los registros contables, una vez contabilizadas todas las operaciones, sigan reflejando los resultados y la situación financiera del negocio.
- **La seguridad física:** Que el acceso a los activos y a los documentos que controlan su movimiento sea solo al personal autorizado.

Los elementos del control contable interno son:

a) **Definición de autoridad y responsabilidad:**

Las empresas deben contar con definiciones y descripciones de las obligaciones que tengan que ver con funciones contables, de

recaudación, contratación, pago, alta y baja de bienes y presupuesto, ajustadas a las normas que le sean aplicables.

**b) Segregación de deberes:**

- Las funciones de operación, registro y custodia deben estar separadas, de tal manera que ningún funcionario ejerza simultáneamente tanto el control físico como el control contable y presupuestal sobre cualquier activo, pasivo y patrimonio.
- Las empresas deben establecer unidades de operaciones o de servicios y de contabilidad, separados y autónomas. Esto con el propósito de evitar irregularidades o fraudes.

**c) Establecer comprobaciones internas y pruebas independientes:**

La parte de comprobación interna reside en la disposición de los controles de las transacciones para que aseguren una organización y un funcionamiento eficientes y para que ofrezcan protección contra fraudes.

Al establecer métodos y procedimientos de comprobación interna se tendrá en cuenta lo siguiente:

- La comprobación se basa en la revisión o el control cruzado de las transacciones a través del trabajo normal de otro funcionario o grupo.
- Los métodos y procedimientos deben incluir los procesos de comprobaciones rutinarias, manuales o sistematizadas y la obtención independiente de informaciones de control, contra la cual pueden comprobarse las transacciones detalladas.

- Los mecanismos de comprobación interna son independientes de la función de asistencia y asesoramiento a través de la evaluación permanente del control interno por parte de la auditoría interna.

### **Objetivos del Sistema de Control Interno:**

El diseño, el desarrollo, la revisión permanente y el fortalecimiento del Control Interno es fundamental para el logro de los siguientes objetivos:

- Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante riesgos potenciales y reales que los puedan afectar (control interno contable).
- Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones de la organización, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades establecidas (control interno administrativo).
- Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos previstos (control interno administrativos).
- Garantizar la correcta y oportuna evaluación y seguimiento de la gestión de la organización (control interno administrativo).
- Asegurar la oportunidad, claridad, utilidad y confiabilidad de la información y los registros que respaldan la gestión de la organización (control interno contable).
- Definir y aplicar medidas para corregir y prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que puedan comprometer el logro de los objetivos programados (control interno administrativo).

- Garantizar que el Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación, de los cuales hace parte la auditoría interna (control interno administrativo).
- Velar porque la organización disponga de instrumentos y mecanismos de planeación y para el diseño y desarrollo organizacional de acuerdo con su naturaleza, estructura, características y funciones (control interno administrativo).

### **Características del Sistema de Control Interno**

Las principales características son las siguientes:

- Está conformado por los sistemas contables, financieros, de planeación, verificación, información y operacionales de la respectiva organización.
- Corresponde a la máxima autoridad de la organización la responsabilidad de establecer, mantener y perfeccionar el Sistema de Control Interno, que debe adecuarse a la naturaleza, la estructura, las características y la misión de la organización.
- La auditoría interna, o a quien designe la máxima autoridad, es la encargada de evaluar de forma independiente la eficiencia, efectividad, aplicabilidad y actualidad del Sistema de Control Interno de la organización y proponer a la máxima autoridad de la empresa las recomendaciones para mejorarlo o actualizarlo.
- El control interno es inherente al desarrollo de las actividades de la organización.
- Debe diseñarse para prevenir errores y fraudes.

- Los mecanismos de control se deben encontrar en la redacción de todas las normas de la organización.
- La ausencia del control interno es una de las causas de las desorientaciones en las organizaciones.

### **Dirección**

Esta función es la tercera función de la tarea de administración, mediante esta tarea se propicia la realización de acciones dirigidas a la secuencia de los objetivos de la Organización, a través del ejercicio del mando, del liderazgo, de la motivación y comunicación adecuada. Esta es la más compleja de las funciones administrativas por el hecho de influenciar a los subordinados para que se comporten según las expectativas y consigan así alcanzar los objetivos de la organización. La dirección tiene tres niveles: global, departamental y operacional.

### **Directivas**

Directrices de carácter interno o institucional para establecer pautas, líneas de coordinación, alcance y responsabilidades en el desarrollo de las actividades institucionales, de acuerdo a la misión de la Entidad. Estas directivas guardan relación con las normas vigentes.

### **Elementos Tangibles**

La apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación, que todos ellos transmiten (Ávila, 2011).

### **Empatía**

Atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes.

### **Entorno interno**

Clima organizacional de la entidad. Está compuesto por su personal, sus activos, la actitud de la organización, es decir el conjunto de recursos que identifican de forma particular a la empresa.

### **Entorno externo**

Factores externos a la entidad. La organización está en permanente contacto con su medio ambiente o sector, por lo que se hace necesario estudiar las condiciones externas en donde desarrolla sus actividades; estas actividades generalmente son cambiantes, por lo que la incertidumbre siempre estará presente en la dirección de la entidad. El nivel de incertidumbre depende de las siguientes variables: Grado de estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad.

Cuanto mayor sea el nivel del grado de estas variables, mayor será la incertidumbre que tiene que enfrentar la dirección de la entidad.

### **Estabilidad**

Seguridad laboral, dependiendo del régimen laboral al que se sujeta el personal. También referido al desempeño de un determinado cargo.

### **Fiabilidad**

Capacidad de desarrollar el servicio prometido de forma segura y con precisión.

### **Funciones**

Tareas asignadas al cargo de acuerdo al organigrama, para el logro de los objetivos de la entidad.

Se establecen funciones generales y específicas.

### **Gestión**

Es la acción y efecto de gestionar o de administrar, y gestionar es hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.

En otra concepción gestión es definida como el conjunto de actividades de dirección y administración de una empresa.

**Norma:** Regla, disposición o criterio que establece una autoridad para regular acciones de los distintos agentes económicos; se traduce en un enunciado técnico que a través de parámetros cuantitativos y/o cualitativos sirve de guía para la acción.

**Organización:** expresa la complejidad de las actividades productivas modernas y la necesidad de complementar diversas capacidades y tareas de modo de aumentar la eficiencia de la empresa como un todo.

**Plan:** Documento que contempla en forma ordenada y coherente las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instrumentos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados.

**Planeación:** Etapa que forma parte del proceso administrativo mediante la cual se establecen directrices, se definen estrategias y se seleccionan alternativas y cursos de acción, en función de objetivos y metas generales económicas, sociales y políticas; tomando en consideración la disponibilidad de recursos reales y potenciales que permitan establecer un marco de referencia necesario para concretar programas y acciones específicas en tiempo y espacio.

**Política:** Criterio o directriz de acción elegida como guía en el proceso de toma de decisiones al poner en práctica o ejecutar las estrategias, programas y proyectos específicos del nivel institucional.

### **1.5 Marco Filosófico**

Respecto a la variable calidad de servicio, los argumentos filosóficos de la calidad del servicio, deben estar dirigidos a la investigación, tecnología, a la

formulación de planes y políticas, a interconexión y operatividad de sistemas, creación e innovación de teorías y procedimientos, lo cual es axiológicamente compatible con los avances de la tecnología.

Mientras que la finalidad de la investigación científica es la verdad por la verdad misma; la misión de la investigación tecnológica es la verdad útil a alguien, tal como se prescribe en el caso materia en el presente estudio.

La calidad es un criterio que pueden elegir los negocios y los usuarios por igual. Ya sea si la empresa los denomina Gestión de Calidad Total (TQM), Control de Calidad Total (TQC) o de alguna otra forma, todos los programas de este tipo apuntan a mejorar los procesos operativos, productos y servicios. Sin embargo, la calidad puede ser algo muy subjetivo.

Ahí donde se aplica ISO 9000. El término se refiere a una serie de normas universales que define un sistema de “Garantía de Calidad” desarrollado por la Organización Internacional de Normalización (ISO) y adoptado por 90 países de todo el mundo. ISO está compuesta por representantes de normas nacionales de más de 100 países. Su objetivo es promover el intercambio de productos y servicios en todo el mundo y fomentar la cooperación mundial en las áreas intelectual, científica, tecnológica y económica.

Para obtener la certificación ISO 9000, una empresa debe cumplir con ciertas normas de garantía de calidad en sus operaciones, conforme a lo certificado por un organismo de certificación externo. El sistema de garantía de calidad, no el producto ni el servicio en sí, logra la certificación. Una certificación ISO 9000 indica a los clientes que esta empresa ha implementado un sistema para garantizar que cualquier producto o servicio que venda cumplirá constantemente con las normas internacionales de calidad.

Las empresas que obtienen la certificación ISO 9000 generalmente se benefician con menos reclamos de clientes, menos costos operativos y una mayor demanda por sus productos o servicios. Aunque las industrias manufactureras se concentraron primero en la garantía de calidad, la norma

ISO 9000 no excluye industrias o sectores económicos específicos. Su decisión de tratar de obtener o no la certificación dependerá más de lo que esperan sus clientes o requieren el mercado. Por ejemplo, algunas empresas no compran piezas ni productos a fabricantes que no cuenten con la calificación ISO 9000.

### **Filosofía de Deming**

Establece el siguiente planeamiento: Cuando se mejora la calidad se logra: Los costos disminuyen debido a menos retrocesos. Menor número de errores, menos demora y obstáculos, mejor utilización de las maquinas, del tiempo y de los materiales.

Crear en el propósito de mejora del producto y servicio, con el plan para hacer competitivos y permanecer en el campo de los negocios.

Adoptar una nueva filosofía, eliminar los niveles comúnmente aceptado de demoras, errores, productos defectuosos.

Suspender la dependencia de la inspección masiva, se requiere evidencia estadística de que el producto se hace con calidad.

Eliminar la práctica de hacer negocio sobre la base del precio de venta, en vez de esto, mejores la calidad por medio del precio, es decir minimice el precio total.

Buscar áreas de oportunidad de manera constante para que se puedan mejorar los sistemas de trabajo de manera permanente.

Instituir métodos modernos de entrenamiento en el trabajo.

Instituir una supervisión para que fomente el trabajo en equipo con el objeto de mejorar la calidad lo cual automáticamente mejore la productividad.

Eliminar el temor, de modo que todos puedan trabajar efectivamente para una empresa.

Romper barreras entre los departamentos. Debe existir comunicación entre todos los integrantes de la empresa, ya que todos tienen un objetivo común.

Eliminar eslogan y metas enfocadas a implementar productividad sin proveer métodos.

Eliminar estándares de trabajo que prescriben cuotas numéricas ya que si la principal meta es la calidad, la calidad se va a ver afectada.

Eliminar las barreras que se encuentran entre el trabajador y el derecho a sentirse orgulloso de sus trabajos.

Instituir un vigoroso programa de educación y entrenamiento que permita desarrollar nuevos conocimientos y habilidades para tener personal más calificado en beneficio de la empresa.

Crear una estructura en la alta dirección que impulse directamente los 13 puntos anteriores.

### **Filosofía de Juran**

Planificación de la calidad, control de calidad.

La planificación de la calidad consiste en desarrollar los productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes.

El primer paso para planear la calidad es identificar quienes son los clientes.

Para identificar a los clientes hay que seguir el producto para ver sobre quienes repercute.

Para comprender las necesidades de los clientes, debemos ir más allá de las necesidades manifestadas y descubrir las no manifestadas.

Las percepciones de los clientes pueden parecerse irreales, pero para los clientes son una realidad y por lo tanto tenemos que tomarlas en serio.

La precisión en asuntos de calidad exige que lo digamos con números.

Antes de planificar el proceso, deberán ser revisados los objetivos por las personas involucradas.

El objetivo óptimo de la calidad tiene que satisfacer las necesidades de los clientes y proveedores por igual.

La calidad de una empresa empieza por la planeación de la misma.

Muchas empresas tienen que hacer frente a graves pérdidas y desechos, deficiencias del proceso de planeación.

### **Filosofía de Crosby**

Cumplir con los requisitos: Prevención, cero defectos y precio de incumplimiento.

Etapas en el proceso de mejoramiento de la calidad: Compromiso en la dirección, equipos de mejoramiento de la calidad y medición de la calidad, evaluación del costo de la calidad, concientización de la calidad, equipos de acción correctiva, comités de acción, capacitación, día cero defectos, establecimiento de metas, eliminación de la causa de error, reconocimiento, consejo de calidad y repetir el proceso de mejoramiento de calidad.

### **Filosofía de Tagushi**

Propone la palanca de calidad. Solo en la etapa de diseño de un producto podemos tomar medidas contra la variabilidad causada por agentes internos, externos y por imperfecciones de manufactura (ruido).

La palanca de la calidad, diseño del producto, diseño del proceso, producción y mejoras del servicio.

### **Filosofía de Ishikawa**

El control total de calidad es hacer lo que se debe hacer en todas las instituciones.

El control total de calidad que no muestra resultados no es control de calidad.

Hagamos un control total de calidad que traiga tantas ganancias que no sepamos qué hacer con ella.

El control total de calidad empieza con la educación y termina con la educación.

Para aplicar el control total de calidad tenemos que ofrecer educación continua para todos desde el presidente hasta los obreros.

El control total de calidad aprovecha lo mejor de cada persona.

Cuando se aplica el control total de calidad, la falsedad desaparece de la empresa.

El primer paso del control total de calidad es conocer los requisitos de los clientes.

Proveer los posibles defectos y reclamos.

El control total de calidad llega a su estado ideal cuando ya no requiere de inspección.

Eliminase la causa básica y no los sintamos.

El control total de calidad es una actividad de grupo.

Las actividades de círculos de calidad son partes del control total de calidad.

El control total de calidad no es una droga milagrosa.

Si no existe liderazgo desde arriba no se insiste en el control total de calidad.

Respecto a la variable satisfacción, se entiende como la agradable reacción emocional de felicidad tras haber cumplido un deseo o haber alcanzado una meta. La satisfacción, como toda emoción, le sirve de estímulo al comportamiento del ser humano; juega un papel importante en todo sistema social.

La satisfacción es un estado de la mente producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema.

Oliver (2009) la define de la siguiente manera:

"La satisfacción son reacciones, sentimientos del colaborador que trabaja en la organización, frente a su situación laboral, por lo general, como actitudes. Sus aspectos afectivos, cognitivos, así como sus disposiciones de conducta frente al trabajo, al entorno laboral, a los trabajadores, a los superiores y al conjunto de la organización son los que despiertan mayor interés (la satisfacción en el trabajo como reacciones, sensaciones, sentimientos de un miembro de la organización frente a su trabajo)"

Cuando la satisfacción acompaña a la seguridad racional de haberse hecho lo que estaba dentro del alcance de nuestro poder, concierto grado de éxito. Esta dinámica contribuye a sostener un estado armonioso dentro de lo que es el funcionamiento mental.

La mayor o menor sensación de satisfacción, dependerá de la optimización del consumo energético que haga el cerebro. Cuanto mayor sea la capacidad de neurotransmitir, mayor facilidad de lograr la sensación de satisfacción.

No obstante, dado que la naturaleza del cerebro, la prioridad de la mente es la de establecer caminos sinápticos que consuman lo menos posible, el hombre siempre tenderá a ir buscando mejores maneras de estar satisfecho, por lo que

en su naturaleza está estar constantemente inquieto, en constante expectativa de peligro por perder la poca o mucha satisfacción que esté experimentando en su presente, comprometiendo de esta manera el grado de felicidad final que se obtiene.

La falta de estímulo por lo cual moverse, actuar y pensar, procedentes de la satisfacción plena, solo aumenta el grado de inquietud por conservar ese estado de consumo mínimo el mayor tiempo posible.

Cuando la parte racional ha registrado por varias veces el ciclo satisfacción, estado de plenitud y marca el objetivo de conseguir ese estado de forma indefinida con el mínimo esfuerzo posible.

Es entonces cuando se necesitará de la consecución del estímulo adecuado para activar la motivación que nos permitirá emplear la energía para movernos. En ocasiones la parte racional puede entrar en conflicto: Si empleo energía pierdo el estado preferente; pero puedo obtener aún más opciones para sostener dicho estado, si actúo.

Cuando ese ciclo se ha realizado por muchas veces, se puede entrar en un estado de apatía, pues la parte racional puede llegar a la conclusión de que el esfuerzo invertido no merece la pena, sobre todo si hemos fracasado muchas veces o cuando nos hemos acostumbrado a que alguien se moleste por nosotros y en un momento dado ya no lo tenemos a mano, o no lo logramos convencer.

No obstante, la mente que se retroalimenta con el beneficio ajeno establece una excepción a esta regla; a eso lo solemos llamar amor, por conclusión, se establece que el amor es necesario para entender y sostener la felicidad plena.

La satisfacción del cliente es la reacción emocional que se produce después de una experiencia de desconfirmación con el servicio y se refiere a una transacción específica Parasuraman, Zeithaml y Berry.

La satisfacción del cliente se ve determinada por lo que el cliente tuvo que ceder o sacrificar (dinero, tiempo, etc.) a cambio del servicio. La satisfacción entonces se vuelve una respuesta emocional del consumidor derivada de la comparación de las recompensas (percepción de la calidad del servicio, percepción de los tangibles en el servicio, etc.) y costos con relación a las expectativas.

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 Descripción de la realidad problemática**

En el contexto general del desarrollo empresarial, el control interno, tiene por objeto determinar si los hechos, procesos y actividades cumplen con los principios de las políticas definidas por los ejecutivos de la empresa y si además tienen relación con los intereses actuales y futuros de la entidad.

El control interno, en su concepción fundamental está orientado a promover mejoras en las actividades, servicios y operaciones que son ejecutadas por la administración.

Uno de los problemas importantes que se presenta en el Hospital III Suárez Angamos, es que el área encargada del control interno para evaluar la gestión de la empresa, no cuenta con los profesionales especializados que conozcan ampliamente de su negocio.

Esta situación no le permite realizar un control interno posterior adecuado a las actividades y procesos, ni se puede evidenciar si los resultados registrados tienen relación con los objetivos fijados por la alta dirección o niveles gerenciales; así mismo, no se puede verificar si las diferentes áreas de la empresa cumplen con el control previo y concurrente en el desarrollo de las operaciones y actividades que les compete de acuerdo a su responsabilidad funcional.

Esta debilidad de la Aplicación del Control Interno, limita una adecuada Gestión de Calidad de Servicio por parte del Hospital III Suárez Angamos hacia sus pacientes, dado que se limita el presupuesto para la ejecución de mejoras en la calidad de servicio.

Esta situación ha motivado a realizar el presente estudio, el cual pretende determinar la incidencia de la Aplicación del Control Interno en la Gestión de la Calidad de Servicio del Hospital III Suárez Angamos.

## **2.1.2 Definición del problema**

### **2.1.2.1 Problema General**

¿En qué medida incide la Aplicación del Control Interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015?

### **2.1.2.2 Problemas Específicos**

- a) ¿En qué medida incide el nivel del ejercicio del control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015?
- b) ¿En qué medida incide el conocimiento de directivas y medidas de control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015?
- c) ¿En qué medida incide la difusión de la normatividad en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015?

- d) ¿En qué medida incide el nivel de acceso a la información en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer la incidencia de la Aplicación del Control Interno en la Gestión en la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

Conociendo la relación de estas variables, medidas a través de sus respectivos indicadores, se procederá a realizar las recomendaciones necesarias para mejorar la Gestión de la Calidad de Servicio del Hospital III Suárez Angamos.

### **2.2.2 Objetivos: General y específicos**

#### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar la incidencia de la Aplicación del Control Interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

#### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

- a) Determinar la incidencia del nivel del ejercicio del control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- b) Determinar la incidencia del conocimiento de directivas y medidas de control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos,

período 2014-2015.

- c) Determinar la incidencia de la difusión de la normatividad en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- d) Determinar la incidencia del nivel de acceso a la información en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

### **2.2.3 Delimitación del estudio**

La presente investigación con fines metodológicos tiene delimitados los siguientes aspectos:

#### **a. Delimitación Espacial**

La investigación se desarrolló en los ambientes de emergencia del Hospital III Suárez Angamos.

#### **b. Delimitación Temporal**

El periodo que abarcó el presente estudio será de Enero 2014 a Diciembre del 2015.

#### **c. Delimitación Social**

Se trabajó a nivel del personal del órgano de control interno y de gestión de la calidad del Hospital III Suárez Angamos.

### **2.2.4 Justificación e Importancia del estudio**

La finalidad del presente trabajo de investigación es confirmar que la Aplicación del Control Interno incide en la gestión de la calidad de servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

La importancia de este trabajo de investigación radica en la necesidad y reconocimiento de la activa participación de los actores principales dentro de la gestión de control, quienes tienen la responsabilidad de poner en práctica en forma permanente todas las medidas de control interno establecidas por la organización y otras que por la naturaleza de las actividades sean necesarias implementarlas, para dar seguridad y confiabilidad a la gestión.

Se espera que cuando la investigación se encuentre culminada, brinde aportes importantes que permitan adoptar políticas y/o acciones encaminadas a mejorar el control interno y la gestión de la calidad de servicio del Hospital III Suárez Angamos.

## **2.3 Hipótesis y variables**

### **2.3.1 Supuestos teóricos**

Coopers & Lybrand (1997) define al control interno como un proceso ejecutado por el consejo de directores, la administración y el resto del personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable con miras a la consecución de objetivos en las siguientes categorías:

- Efectividad y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad en la información financiera.
- Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

En base a esta definición entonces, el control interno es una serie de acciones concatenadas y realizadas por todos los miembros de la entidad, orientados a la consecución de las metas organizacionales, a prevenir la pérdida de recursos, a asegurar información financiera confiable y que la empresa cumpla con las leyes y regulaciones aplicables. Resalta la idea de que el control interno efectivo solo puede ayudar a la organización a lograr sus objetivos más no asegura el éxito organizacional.

Se evidencian tres generaciones de control interno:

**Primera generación:**

Esta etapa de control interno se basó en acciones empíricas, a partir de procedimientos de ensayo y error. Esta generación, si bien es obsoleta aún tiene una fuerte aplicación generalizada. La principal causa de su insistente aplicación se debe en buen parte a la carente profesionalización de quienes tienen a su cargo el sistema de control interno.

Dicha etapa estuvo fuertemente relacionada con los controles contables y administrativos.

**Segunda generación:**

Esta etapa se encuentra marcada por el sesgo legal. Se logran imponer estructuras y prácticas de control interno, especialmente en el sector público, pero desafortunadamente dio una conciencia distorsionada de este, al hacerlo operar muy cerca de la línea de cumplimiento (formal) y lejos de los niveles de calidad (técnicos).

Se da como centro de atención la evaluación del control interno como el medio para definir el alcance de las pruebas de auditoría. Por ende, el control interno comprende el plan de organización y el conjunto de métodos y procedimientos que aseguren que los activos están debidamente protegidos, que los registros contables son fidedignos y que las actividades de la entidad se desarrollan eficazmente según las directrices señaladas por la administración.

**Tercera generación:**

Actualmente centra esfuerzos en la calidad derivada del posicionamiento en los más altos niveles estratégicos y directivos, como requisito que garantiza la eficiencia del control interno.

Es aquí donde se reconoce el fruto de los esfuerzos originados por COSO hacia los años 90's, los cuales han sido complementados por los nuevos direccionamientos estratégicos.

Para Quevedo Doscarli y Ramírez, Eliana (2006) el control incluye aquellos elementos de una organización, tales como: recursos, sistemas, procesos, cultura, estructura y metas, que tomadas en conjunto apoyan al personal en el logro de los objetivos de la entidad.

Estos objetivos pueden referirse a una o más de las siguientes categorías:

- Efectividad y eficiencia de las operaciones.
- Confiabilidad de los reportes internos o para el exterior.
- Cumplimiento con las leyes y reglamentos aplicables así como con las políticas internas.

En la última década los controles internos han tomado una orientación dirigida de manera prioritaria a fomentar la eficiencia, reduciendo el riesgo en la consecución de los objetivos, ayudan a asegurar la confiabilidad de la información financiera y la de gestión, a proteger los recursos, y a cumplir las leyes, reglamentos y cláusulas contractuales aplicables.

Para Domínguez (2006: 47) “la calidad es la habilidad que posee un sistema para operar de manera fiable y sostenida en el tiempo, a un determinado nivel de desempeño; en una organización de servicios”.

Para Gonzales y Brea (2011:14) “define la Calidad como todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general”. Para Serrano y López (2001) En su trabajo de Investigación Modelos de la Calidad de Servicio: Revisión y Propuesta de integración con la Estrategia Empresarial señala la existencia de dos grandes escuelas o enfoques a la calidad en el ámbito de los servicios:

**La Escuela Nórdica:** en la que se encuentran los trabajos de Grönroos (1982,1984 ), Gummesson (1978) o Lethinen y Lethinen (1991), y que sostiene que se puede distinguir dos dimensiones a la hora de hablar de calidad de

servicio: calidad Técnica y Calidad Funcional, siendo la interrelación entre ambas un factor clave en la determinación de la imagen corporativa de la empresa en relación con la calidad.

**La Escuela Norteamericana:** Que gira en torno a las aportaciones de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985,1988) y que se concretan en tres aspectos básicos: La definición del constructo de Calidad de servicio e identificación de las dimensiones que lo integran, la creación de una escala de medición del mismo la denominada escala SERVQUAL, revisada posteriormente por sus autores (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1991) y el desarrollo de un modelo de calidad de servicio basado en la existencia de gaps que explican las diferencias entre el servicio esperado y recibido.

Por tal motivo, se ha planteado las siguientes hipótesis que se muestran a continuación:

### **2.3.2 Hipótesis Principal y Específicas**

#### **2.3.2.1 Hipótesis Principal**

La aplicación del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

#### **2.3.2.2 Hipótesis Específicas**

- a) El nivel del ejercicio del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- b) El conocimiento de directivas y medidas de control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- c) La difusión de la normatividad incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia

del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

- d) El nivel de acceso a la información incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

### 2.3.3 Las variables e indicadores

#### Clasificación de Variables

- a. Aplicación del control interno (variable independiente)
- b. Gestión de la Calidad de Servicio (variable dependiente)

#### 2.4.3.2 Definición operacional

A continuación se definen las dimensiones y los indicadores de las variables indicadas anteriormente:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>APLICACIÓN DEL CONTROL INTERNO (VARIABLE INDEPENDIENTE)</b>	Nivel del ejercicio de Control Interno	Nivel de registro de la asistencia en forma diaria.
		Nivel de registro del control interno de las actividades diarias.
	Conocimiento de Directivas y medidas de control interno	% de verificación de los datos de los documentos fuente con los que se realizan las tareas.
		Nivel de utilización de algún sistema informático para el desarrollo de las funciones.
	Difusión de la normatividad	Nivel de confirmación de la información registrada en los Libros y/o Registros Auxiliares con información emitida por otras oficinas.
		Nivel de registro contable sin

		tener la documentación original.
	Nivel de acceso a la información	Nivel de conocimiento la existencia de medidas de control interno en su dependencia.
		Nivel de implementación de algunas medidas de control para asegurar el resultado del trabajo.

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>CALIDAD DE SERVICIO (VARIABLE DEPENDIENTE)</b>	Elementos Tangibles	Modernidad de equipos Instalaciones físicas Limpieza de instalaciones
	Fiabilidad	Compromiso con el cliente Buen servicio al cliente Tiempo adecuado de atención
	Capacidad de Respuesta	Informa con precisión Sirve con rapidez al cliente Están dispuestos a ayudar al cliente Responden a las preguntas de los clientes
	Seguridad	El comportamiento de los empleados transmite confianza Seguridad en las transacciones con la empresa
	Empatía	Atención individualizada Horario de trabajo Atención personalizada. Preocupación por los intereses Comprensión de necesidades específicas

## CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

### 3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.1.1 Población:

La población objeto de estudio, estuvo conformada por el personal del órgano de control interno y del área de gestión de la calidad del Hospital III Suárez Angamos, el mismo que asciende a 164 trabajadores.

#### 3.1.2 Muestra

Para determinar la muestra de trabajadores se utilizó la fórmula representada por el siguiente estadístico:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

donde:

- P : probabilidad de éxito representada por el 50% (0.5) encuesta  
(Se asume  $p = 50\%$ )
- Q : Proporción de fracaso (Se asume  $1-p = 50\%$ )
- e : Margen de error = 5%, seleccionado por el investigador.
- N : Población (N=164)
- n= Tamaño de la muestra.
- Z= Distribución Estándar ( $z = 1.76$ )

$$n = 115$$

### 3.2 TIPO, NIVEL, MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.2.1 Tipo

Según Hernández Sampieri (2005) el tipo explicativo explica los fenómenos que estamos observando pero identificando las diferentes áreas o dimensiones del problema mediante una relación causal.

### 3.2.2 Nivel

El nivel de la investigación fue aplicado porque se utilizó instrumentos para recolectar datos y comprobar hipótesis de estudio.

Para Sánchez Carlessi (2002) el nivel aplicado requiere un conocimiento de la teoría, los métodos y técnicas de investigación, pues se trata de efectuar un proceso de abstracción a fin de destacar aquellos elementos, aspectos o relaciones que se consideran básicos para comprender los objetos y procesos.

Para Murillo (2008), la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad.

### 3.2.3 Método y Diseño

#### 3.2.3.1 Método

En la presente investigación se utilizó el método Ex Pos Facto.

#### 3.2.3.2 Diseño

El diseño fue correlacional. Se tomó una muestra en la cual:

$$M = O_y (f) O_x$$

Donde:

M = Muestra.

O = Observación.

X<sub>1</sub> = Aplicación del Control Interno

y = Gestión de la Calidad de Servicio.

f = En función de

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **Técnicas**

La principal técnica que se utilizó en el presente estudio fue la encuesta.

#### **Instrumentos**

Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario que por intermedio de una encuesta de preguntas, en su modalidad cerradas, se tomó a la muestra señalada.

### **3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para el procesamiento de la información, se utilizó: creación de la base de datos, cuadros y gráficos estadísticos, se utilizó el programa Excel.

En cuanto al procesamiento de información se realizó con el programa estadístico IBM SPSS PASW 23 en Español.

Para la contrastación de la Hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

#### **Confiabilidad del Instrumento**

Se utilizó un cuestionario estructurado, el cual consistió de 24 preguntas realizado a 115 trabajadores del órgano de control interno y del área de gestión de la calidad del Hospital III Suárez Angamos. Antes de iniciar la respectiva encuesta se realizó una prueba estadística de fiabilidad. Para determinar si el instrumento es consistente y fiable, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, que a continuación se detalla:

La fiabilidad del instrumento es considerada como consistencia interna de la prueba, alfa de Cronbach ( $\alpha=0,887$ ) la cual es considerada como buena (según Hernández Sampieri, 2005). Esta confiabilidad se ha determinado en relación a los 24 ítems centrales de la encuesta sobre

Aplicación del Control Interno y la Gestión de la Calidad de Servicio, lo cual quiere decir que la encuesta realizada ha sido confiable, válida y aplicable. El cuadro N°1 muestra los resultados del coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach.

**Cuadro N°1  
Estadístico de Fiabilidad sobre el Instrumento**

Resumen del proceso			
		N	%
Casos	Validados	115	100,0
	Excluidos	0	0
	Total	115	100,0

**Resultado Estadístico**

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,887	24

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### Presentación y Análisis de los Resultados TRABAJADORES

A continuación se muestran los resultados del cuestionario aplicado a los 115 trabajadores del órgano de control interno y del área de gestión de la calidad del Hospital III Suárez Angamos.

**Tabla N°1**  
**Registro de asistencia**

<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Siempre</b>	29	25,22%
<b>Casi siempre</b>	48	41,74%
<b>A veces</b>	38	33,04%
<b>Casi nunca</b>	0	0%
<b>Nunca</b>	0	0%
	115	100%

**Fuente:** Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°1 muestra los resultados a si los trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si registran su asistencia en su respectivo centro de labores; 48 trabajadores indican que casi siempre registran su asistencia, lo que representa un 41,74%, 38 manifiestan que a veces, lo que representa un 33,04% y 29 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 25,22%. Es decir, existe una mayoría que no siempre registra su asistencia de manera adecuada y puntual, lo que genera un malestar en los usuarios del Hospital III Suárez Angamos.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°2  
Registro de control de actividades**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Siempre	17	14,78%
Casi siempre	44	38,26%
A veces	54	46,96%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°2 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si se mantiene un registro de control de las actividades que desarrolla en el día; 54 trabajadores indican que a veces registran su control de actividades, lo que representa un 46,96%, 44 manifiestan que casi siempre, lo que representa un 38,26% y 17 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 14,78%. Es decir, existe una mayoría que no siempre registra su control de actividades.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

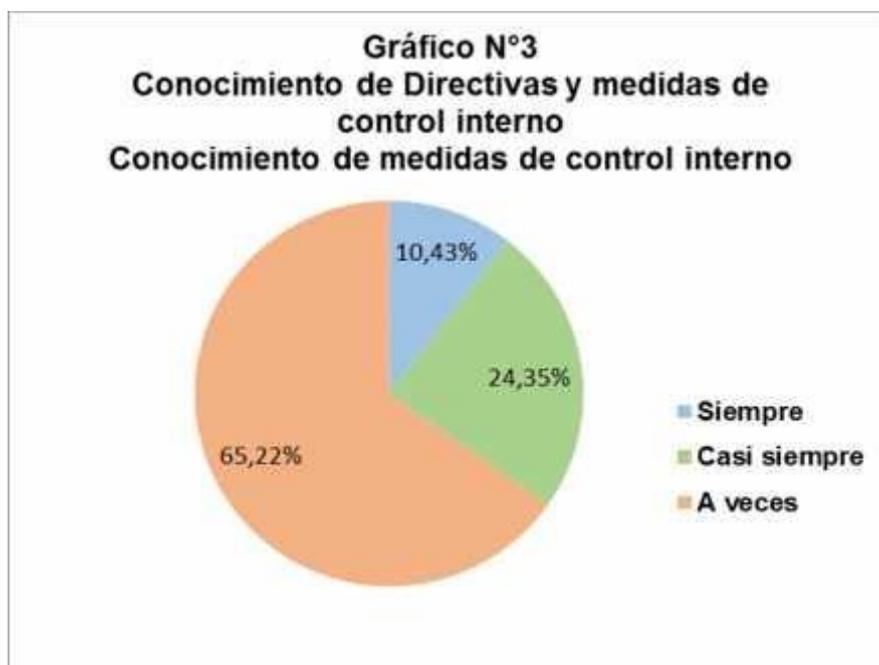
**Tabla N°3**  
**Conocimiento de Directivas y medidas de control interno**  
**Conocimiento de medidas de control interno**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Siempre	12	10,43%
Casi siempre	28	24,35%
A veces	75	65,22%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°3 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si existen medidas de control interno en su dependencia; 75 trabajadores indican que a veces tiene conocimiento que existen medidas de control interno en su dependencia, lo que representa un 65,22%, 28 manifiestan que casi siempre, lo que representa un

24,35% y 12 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 10,43%. Es decir, existe una mayoría que desconoce que existen medidas.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

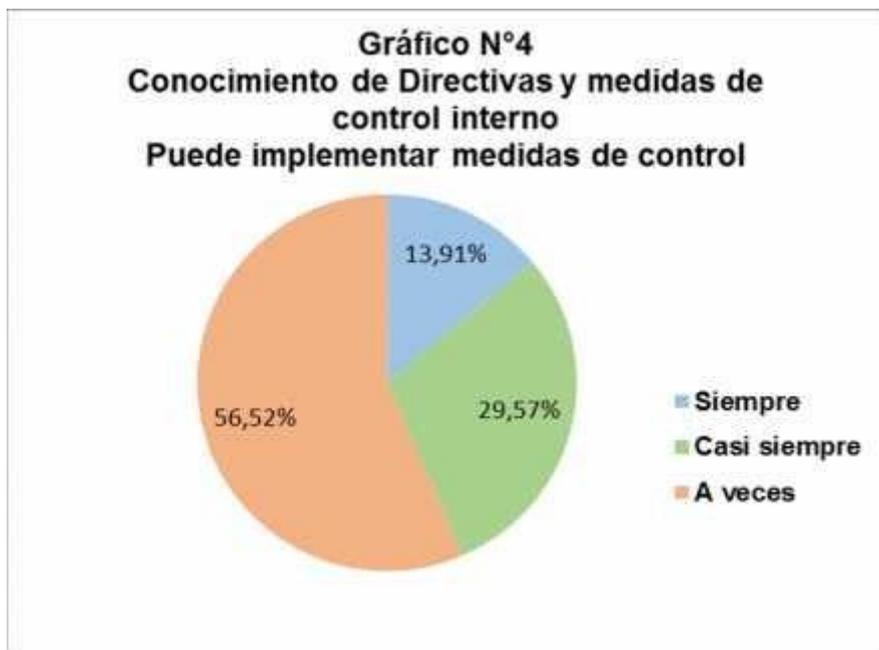
**Tabla N°4**  
**Conocimiento de Directivas y medidas de control interno**  
**Puede implementar medidas de control**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Siempre</b>	16	13,91%
<b>Casi siempre</b>	34	29,57%
<b>A veces</b>	65	56,52%
<b>Casi nunca</b>	0	0%
<b>Nunca</b>	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°4 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si puede implementar algunas medidas de control para asegurar el resultado de su trabajo; 65 trabajadores indican que a veces puede implementar algunas medidas de

control para asegurar el resultado de su trabajo, lo que representa un 56,52%, 34 manifiestan que casi siempre, lo que representa un 29,57% y 16 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 13,91%. Es decir, existe una mayoría que no siempre puede implementar algunas medidas de control para asegurar el resultado de su trabajo.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°5 Difusión de la normatividad**  
**Conoce el contenido del Manual de Organización y Funciones**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Siempre	11	9,57%
Casi siempre	47	40,87%
A veces	57	49,57%
Casi nunca	0	0%
Nunca	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°5 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si conoce el

contenido del manual de organización y funciones; 57 trabajadores indican que a veces conoce el contenido del manual de organización y funciones, lo que representa un 49,57%, 47 manifiestan que casi siempre, lo que representa un 40,87% y 11 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 9,57%. Es decir, existe casi un 50% de trabajadores no tiene claro el manual de organización y funciones.



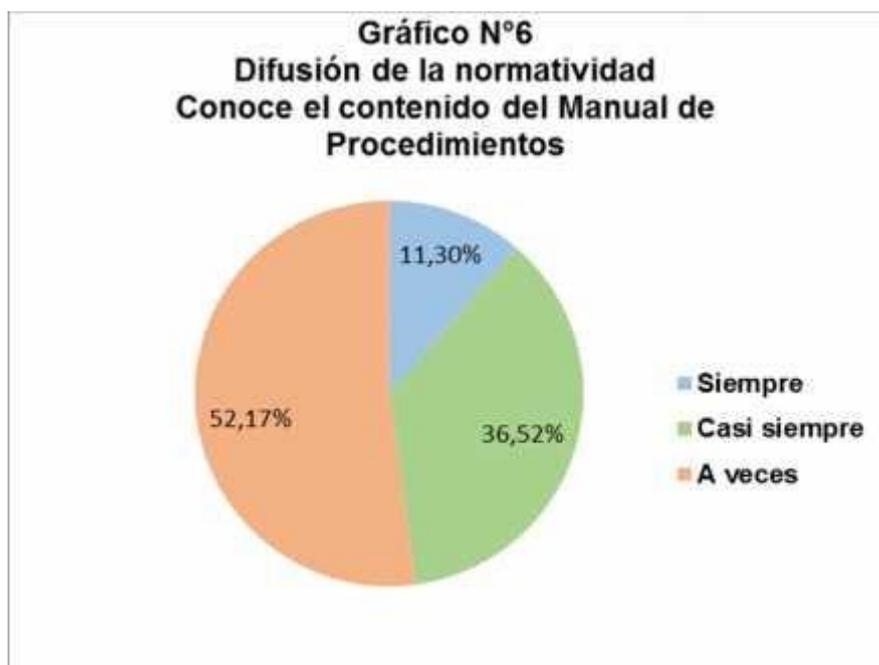
Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°6 Difusión**  
**de la normatividad**  
**Conoce el contenido del Manual de Procedimientos**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Siempre</b>	13	11,30%
<b>Casi siempre</b>	42	36,52%
<b>A veces</b>	60	52,17%
<b>Casi nunca</b>	0	0%
<b>Nunca</b>	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°6 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si conoce el contenido del manual de procedimientos; 60 trabajadores indican que a veces conoce el contenido del manual de procedimientos, lo que representa un 52,17%, 42 manifiestan que casi siempre, lo que representa un 36,52% y 13 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 11,30%. Es decir, existe una mayoría que no conoce claramente el manual de procedimientos.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°7**  
**Nivel de acceso a la información**  
**Cuenta con apoyo informático**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Siempre</b>	34	29,57%
<b>Casi siempre</b>	43	37,39%
<b>A veces</b>	38	33,04%
<b>Casi nunca</b>	0	0%
<b>Nunca</b>	0	0%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°7 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si se apoya en algún sistema informático para el desarrollo de sus funciones; 43 trabajadores indican que casi siempre se apoya en algún sistema informático, lo que representa un 37,39%, 38 manifiestan que a veces, lo que representa un 33,04% y 34 trabajadores refieren que siempre, lo que representa un 29,57%. Es decir, existe casi un 40% de trabajadores que presenta dificultades para acceder a algún sistema informático.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°8**  
**Nivel de acceso a la información**  
**Trabajo modificado por otras personas**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Siempre</b>	23	20,00%
<b>Casi siempre</b>	47	40,87%
<b>A veces</b>	45	39,13%
<b>Casi nunca</b>	0	0%
<b>Nunca</b>	0	0%
	115	100%

**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.**

La tabla N°8 muestra los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, respecto a si su trabajo puede ser modificado por otras personas; 47 trabajadores indican que casi siempre, lo que representa un 40,87%, 45 manifiestan que a veces, lo que representa un 39,13% y 23 trabajadores refieren que a siempre, lo que representa un 20,00%. Es decir, existe una mayoría que indica que su trabajo puede ser modificado.



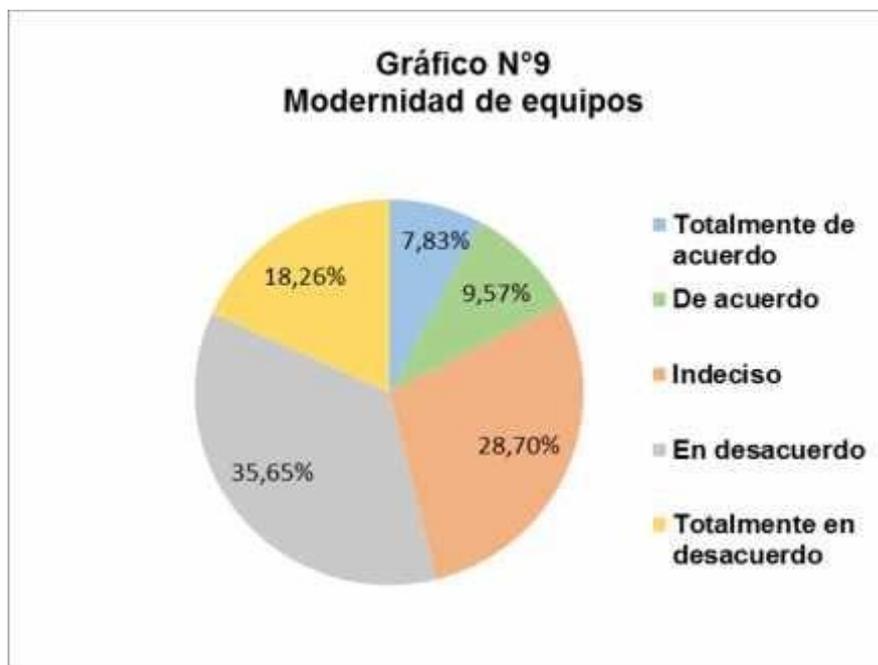
**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 201**

**Tabla N°9**  
**Modernidad de equipos**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	9	7.83%
De acuerdo	11	9.57%
Indeciso	33	28.70%
En desacuerdo	41	35.65%
Totalmente en desacuerdo	21	18.26%
	115	100%

**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.**

La tabla N°9, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si son modernos los equipos del Hospital III Suárez Angamos, 41 trabajadores refieren que están en desacuerdo, lo que representa el 35,65%, 33 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 28,70%, 21 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 18,26%, 11 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 9,57% y 9 encuestados indican que están totalmente de acuerdo, lo que representa un 7,83%. Es decir, casi el 54% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que los equipos del Hospital III Suárez Angamos son modernos.



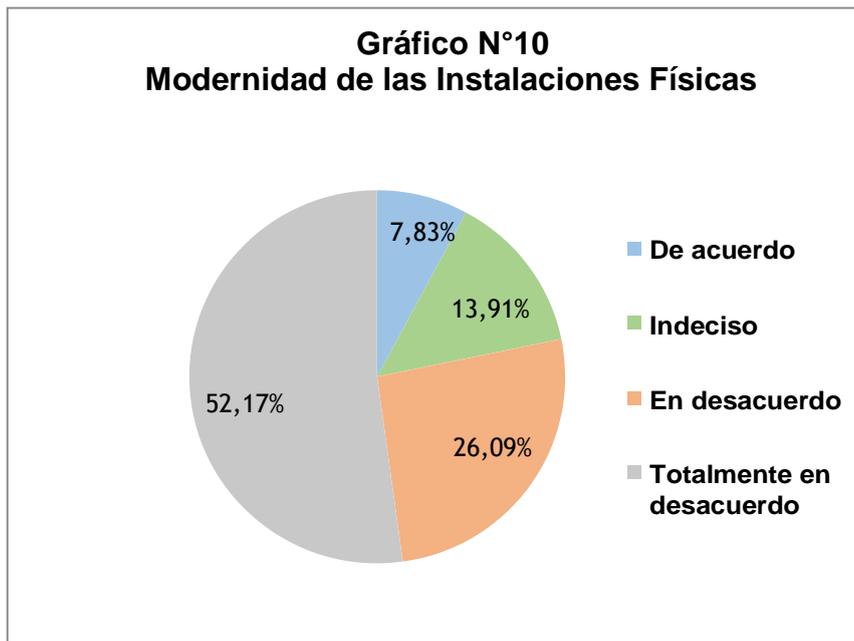
**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015**

**Tabla N°10**  
**Modernidad de las Instalaciones Físicas**

<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	9	7.83%
<b>Indeciso</b>	16	13.91%
<b>En desacuerdo</b>	30	26.09%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	60	52.17%
	115	100%

**Fuente:** Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°10, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si son modernas las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos, 60 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 52,17%, 30 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 26,09%, 16 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa un 13,91% y 9 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 7,83%. Es decir, casi el 79% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos son modernas.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°11**  
**Limpieza de las Instalaciones Físicas**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	11	9.57%
Indeciso	40	34.78%
En desacuerdo	35	30.43%
Totalmente en desacuerdo	29	25.22%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°11, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos están limpias, 40 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa el 34,78%, 35 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 30,43%, 29 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 25,22% y 11 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 9,57%. Es decir, casi el 55% de los trabajadores encuestados

refieren que están en desacuerdo que las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos están limpias.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015

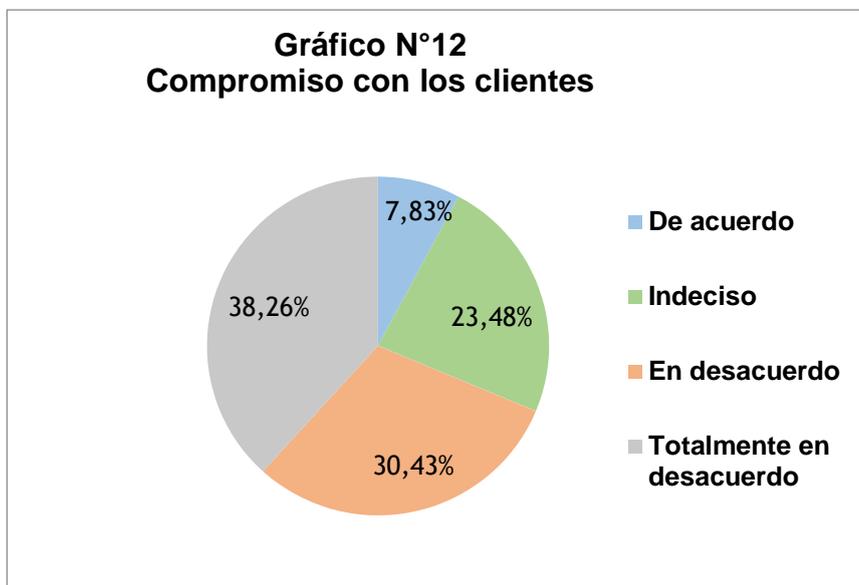
**Tabla N°12**  
**Compromiso con los clientes**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	9	7.83%
Indeciso	27	23.48%
En desacuerdo	35	30.43%
Totalmente en desacuerdo	44	38.26%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°12, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si existe compromiso con los clientes del Hospital III Suárez Angamos, 44 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 38,26%, 35 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 30,43%, 27 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa un

23,48% y 9 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 7,83%. Es decir, casi el 69% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que existe compromiso con los clientes del Hospital III Suárez Angamos.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

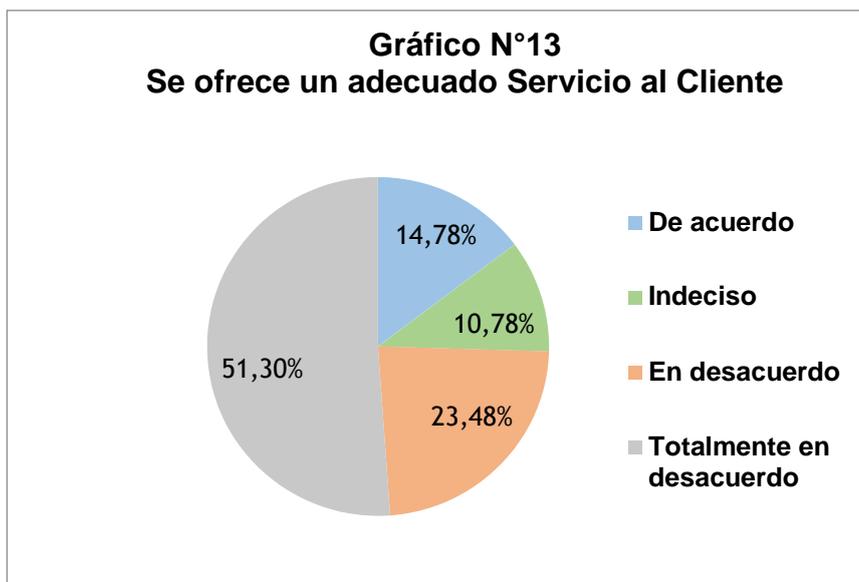
**Tabla N°13**  
**Se ofrece un adecuado Servicio al Cliente**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	17	14.78%
Indeciso	12	10.43%
En desacuerdo	27	23.48%
Totalmente en desacuerdo	59	51.30%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°13, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el Hospital III Suárez Angamos ofrece un adecuado servicio al cliente, 59 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 51,30%, 27 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un

23,48%, 17 trabajadores refieren que están de acuerdo, lo que representa un 14,78% y 12 trabajadores indican que están indecisos, lo que representa un 10,43%. Es decir, casi el 75% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el Hospital III Suárez Angamos ofrece un adecuado servicio al cliente.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

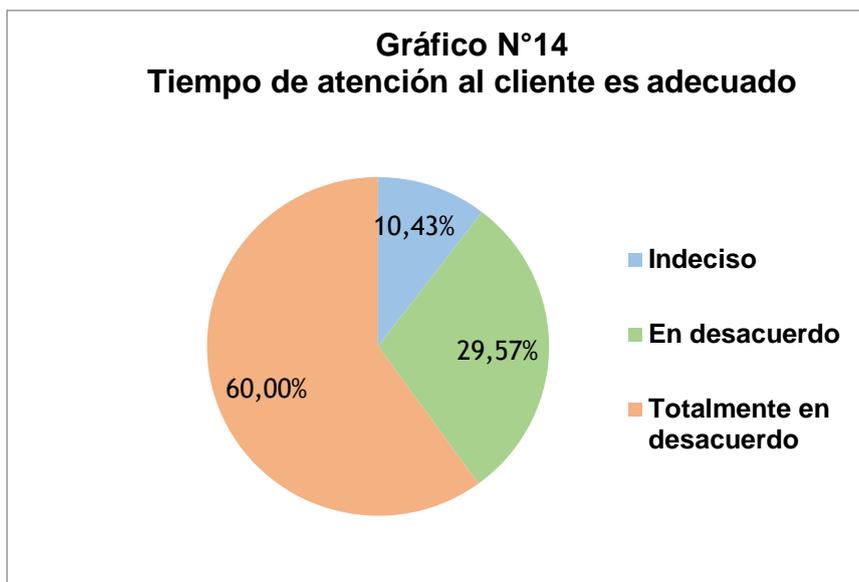
**Tabla N°14**  
**Tiempo de atención al cliente es adecuado**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	0	0.00%
Indeciso	12	10.43%
En desacuerdo	34	29.57%
Totalmente en desacuerdo	69	60.00%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°14, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el tiempo de atención al cliente es adecuado, 69 trabajadores refieren que están totalmente

en desacuerdo, lo que representa el 60%, 34 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 29,57% y 12 trabajadores indican que están indecisos, lo que representa un 10,43%. Es decir, casi el 90% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el tiempo de atención al cliente es adecuado.



**Fuente:** Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

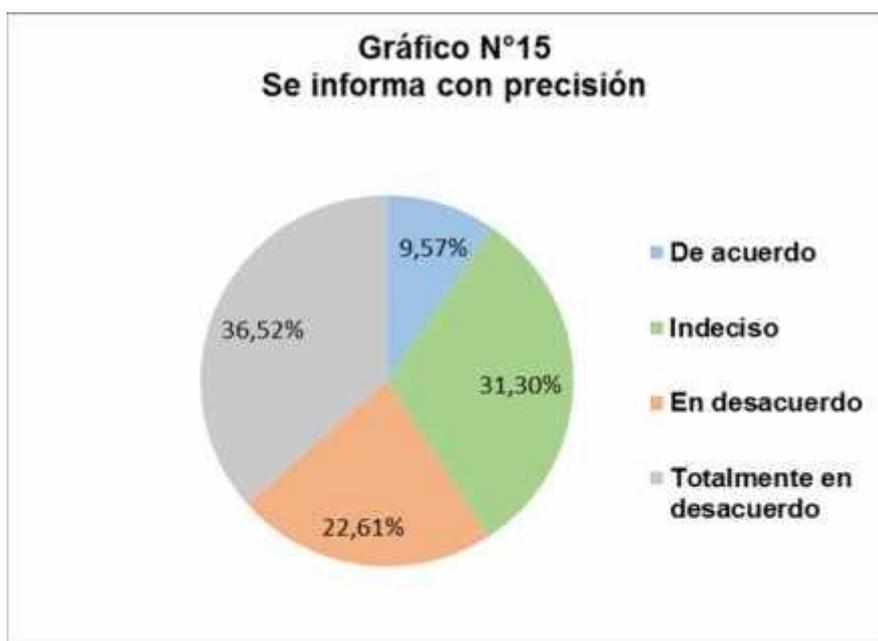
**Tabla N°15**  
**Se informa con precisión**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	11	9.57%
<b>Indeciso</b>	36	31.30%
<b>En desacuerdo</b>	26	22.61%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	42	36.52%
	115	100%

**Fuente:** Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°15, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el Hospital III

Suárez Angamos informa con precisión, 42 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 36,52%, 36 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 31,30%, 26 trabajadores refieren que están en desacuerdo, lo que representa un 22,61% y 11 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 9,57%. Es decir, casi el 60% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el Hospital III Suárez Angamos informa con precisión.



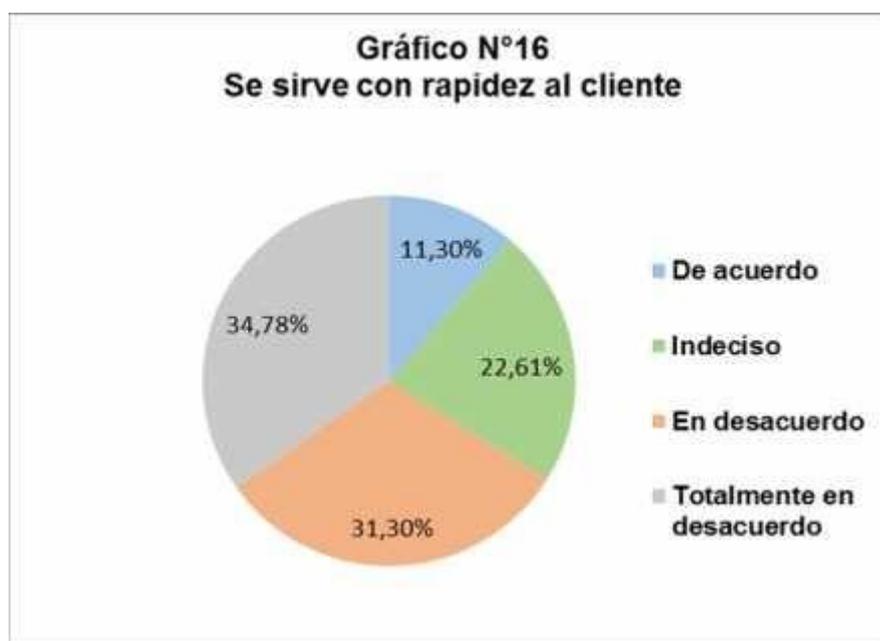
Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°16**  
**Se sirve con rapidez al cliente**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	13	11.30%
Indeciso	26	22.61%
En desacuerdo	36	31.30%
Totalmente en desacuerdo	40	34.78%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°16, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS le sirve con rapidez al cliente, 40 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 34,78%, 36 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 31,30%, 26 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa un 22,61% y 13 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 11,30%. Es decir, casi el 66% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS informa con precisión.



**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015**

**Tabla N°17**  
**Está dispuesto a ayudar al cliente**

<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	28	24.35%
<b>Indeciso</b>	35	30.43%
<b>En desacuerdo</b>	15	13.04%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	37	32.17%
	115	100%

**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.**

La tabla N°17, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS está dispuesto a ayudar al cliente, 37 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 32,17%, 35 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 30,43%, 28 trabajadores refieren que están de acuerdo, lo que representa un 24,35% y 15trabajadores indican que están en desacuerdo, lo que representa un 13,04%. Es decir, casi el 46% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS está dispuesto a ayudar al cliente.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°18**  
**Responde adecuadamente las preguntas de los clientes**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	35	30.43%
Indeciso	33	28.70%
En desacuerdo	27	23.48%
Totalmente en desacuerdo	20	17.39%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°18, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS responde adecuadamente las preguntas de los clientes, 35 trabajadores refieren que están de acuerdo, lo que representa el 30,43%, 33 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 28,70%, 27 trabajadores refieren que están en desacuerdo, lo que representa un 23,48% y 20trabajadores indican que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 17,39%. Es decir, casi el 42% de los trabajadores encuestados refieren que

están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS responde adecuadamente las preguntas de los clientes.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

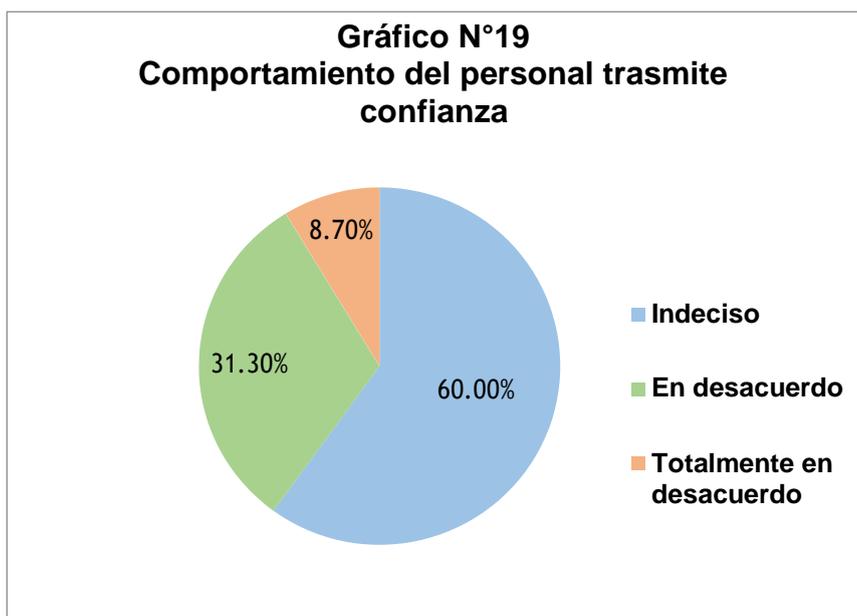
**Tabla N°19**  
**Comportamiento del personal trasmite confianza**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	0	0.00%
Indeciso	69	60.00%
En desacuerdo	36	31.30%
Totalmente en desacuerdo	10	8.70%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°19, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el comportamiento del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS trasmite confianza, 69 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa el

60%, 36 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 31,30% y 10 trabajadores indican que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 8,70%. Es decir, casi el 39% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el comportamiento del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS trasmite confianza.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

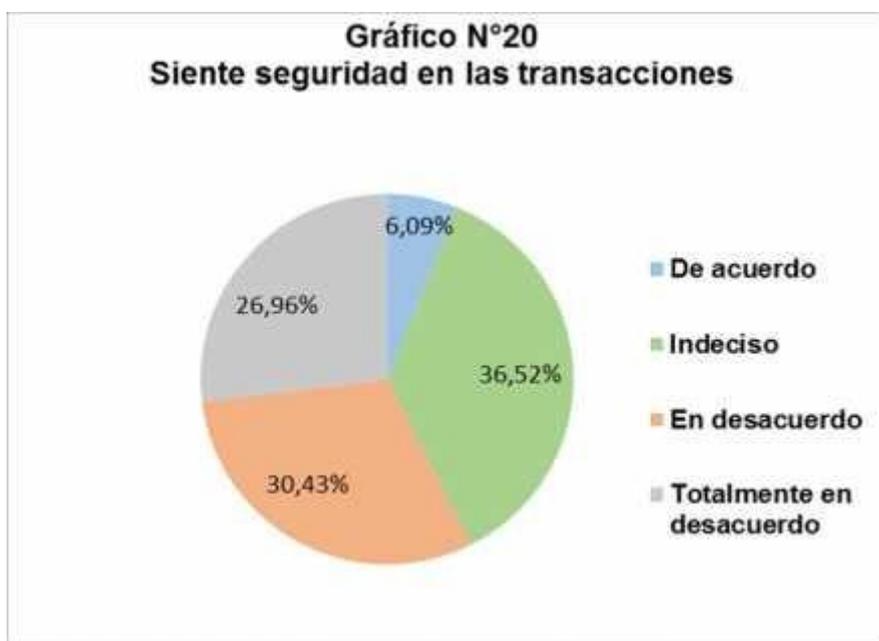
**Tabla N°20**  
**Siente seguridad en las transacciones**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	0	0.00%
De acuerdo	7	6.09%
Indeciso	42	36.52%
En desacuerdo	35	30.43%
Totalmente en desacuerdo	31	26.96%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°20, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si siente

seguridad en las transacciones con el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS, 42 trabajadores refieren que están indecisos, lo que representa el 36,52%, 35 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 30,43%, 31 trabajadores manifiestan que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 26,96% y 7 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 6,09%. Es decir, casi el 58% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que sienten seguridad en las transacciones con el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.



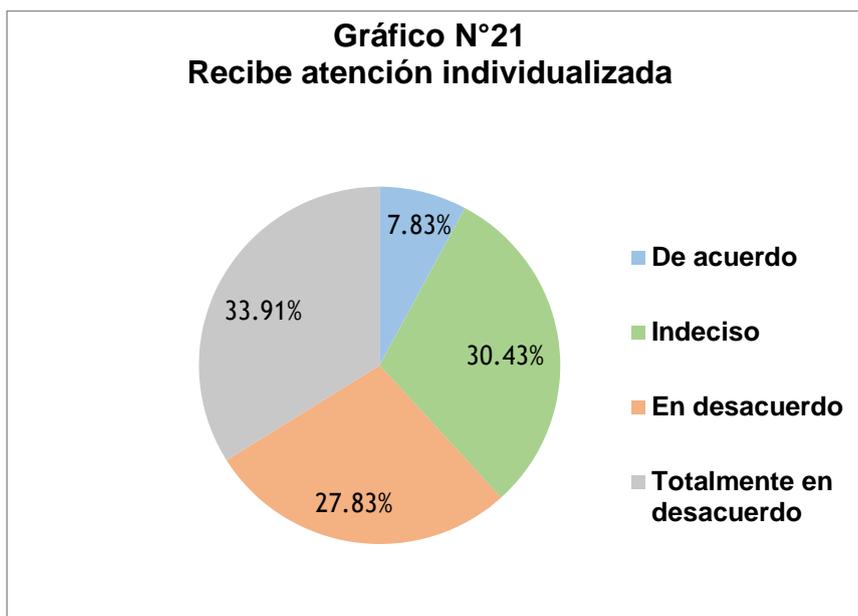
Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°21**  
**Recibe atención individualizada**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	9	7.83%
<b>Indeciso</b>	35	30.43%
<b>En desacuerdo</b>	32	27.83%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	39	33.91%
	115	100%

**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.**

La tabla N°21, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si recibe atención individualizada por parte del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS, 39 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 33,91%, 35 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 30,43%, 32 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo que representa un 27,83% y 9 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 7,83%. Es decir, casi el 61% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que recibe atención individualizada por parte del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.



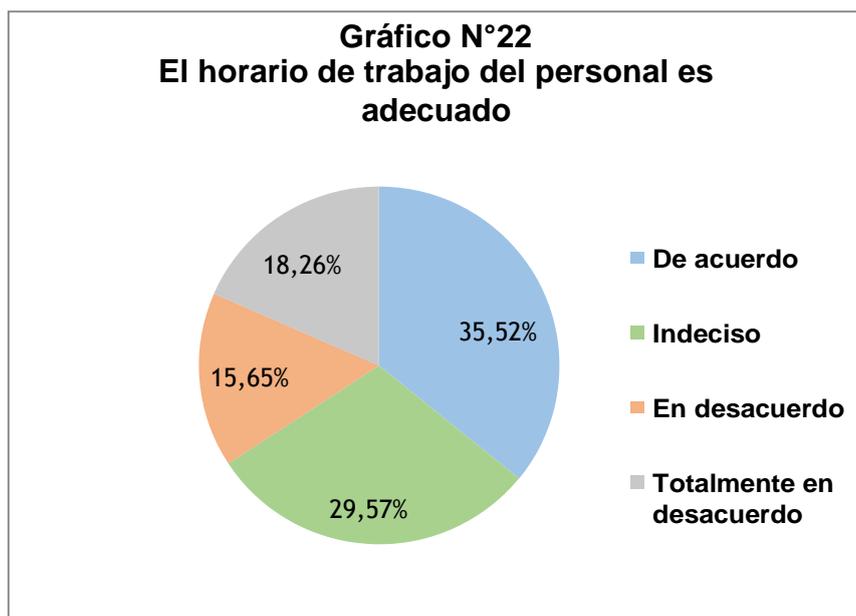
**Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015**

**Tabla N°22**  
**El horario de trabajo del personal es adecuado**

<b>Respuestas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	42	36.52%
<b>Indeciso</b>	34	29.57%
<b>En desacuerdo</b>	18	15.65%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	21	18.26%
	115	100%

**Fuente:** Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°22, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el horario de trabajo del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS es adecuado, 42 trabajadores refieren que están de acuerdo, lo que representa el 36,52%, 34 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 29,57%, 21 trabajadores manifiestan que están totalmente en desacuerdo, lo que representa un 18,26% y 18 trabajadores indican que están en desacuerdo, lo que representa un 15,65%. Es decir, casi el 34% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el horario de trabajo del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS es adecuado.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°23**  
**Se brinda atención personalizada**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	10	8.70%
De acuerdo	36	31.30%
Indeciso	27	23.48%
En desacuerdo	42	36.52%
Totalmente en desacuerdo	0	0.00%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°23, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si recibe atención personalizada por parte del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS, 42 trabajadores refieren que están en desacuerdo, lo que representa el 36,52%, 36 trabajadores manifiestan que están de acuerdo, lo que representa un 31,30%, 27 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 23,48% y 10trabajadores indican que están totalmente de acuerdo, lo que representa un 8,70%. Es decir, casi el 40% de los trabajadores encuestados

refieren que están de acuerdo que recibe atención personalizada por parte del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

**Tabla N°24**

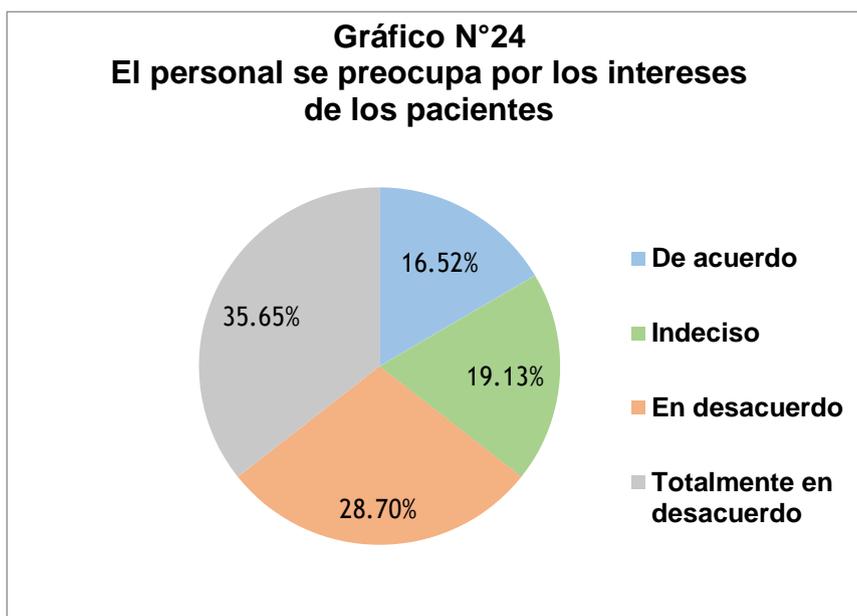
**El personal se preocupa por los intereses de los pacientes**

Respuestas	Cantidad	Porcentaje
<b>Totalmente de acuerdo</b>	0	0.00%
<b>De acuerdo</b>	19	16.52%
<b>Indeciso</b>	22	19.13%
<b>En desacuerdo</b>	33	28.70%
<b>Totalmente en desacuerdo</b>	41	35.65%
	115	100%

Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos. Noviembre 2015.

La tabla N°24, indica los resultados de la encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, que manifiestan respecto a si el personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS se preocupa por los intereses de los clientes, 41 trabajadores refieren que están totalmente en desacuerdo, lo que representa el 35,65%, 33 trabajadores manifiestan que están en desacuerdo, lo

que representa un 28,70%, 22 trabajadores manifiestan que están indecisos, lo que representa un 19,13% y 19 trabajadores indican que están de acuerdo, lo que representa un 16,52%. Es decir, casi el 64% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS se preocupa por los intereses de los clientes.



Fuente: Encuesta realizada a 115 trabajadores del Hospital III Suarez Angamos. Noviembre 2015

#### 4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para realizar la contrastación de la Hipótesis, se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman,  $\rho$  ( $r_s$ ) que es una medida de correlación entre dos variables, como lo son las variables materia del presente estudio: Aplicación del Control Interno y Gestión de la Calidad de Servicio. Luego, el valor de  $p$  permitió tomar la decisión estadística correspondiente a cada una de las hipótesis formuladas. El coeficiente de correlación de Spearman da un rango que permite identificar fácilmente el grado de correlación (la asociación o interdependencia) que tienen dos variables mediante un conjunto de datos de las mismas, de igual forma permite determinar si la correlación es positiva o negativa (si la pendiente de la línea correspondiente es positiva o negativa).

El estadístico  $p$  viene dado por la expresión:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Donde  $D$  es la diferencia entre los correspondientes estadísticos de orden de  $x - y$ .  $N$  es el número de parejas.

## PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECÍFICAS

### HIPÓTESIS 1:

$H_1$ : El nivel del ejercicio del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

$H_0$ : El nivel del ejercicio del control interno NO incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

Correlations

			Nivel del ejercicio del control interno	Gestión de la Calidad de Servicio
Spearman's rho	Nivel del ejercicio del control interno	Correlation	1,000	,845**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	115	115
	Gestión de la Calidad de Servicio	Correlation	,845**	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DECISIÓN: Como  $p < 0.05$  se rechaza  $H_0$

CONCLUSIÓN: Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para

determinar si existe asociación o interdependencia entre las variables del estudio, se puede comprobar que existe evidencia significativa que El nivel del ejercicio del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

## HIPÓTESIS 2:

H<sub>2</sub>: El conocimiento de directivas y medidas de control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

H<sub>0</sub>: El conocimiento de directivas y medidas de control interno NO incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

			El conocimiento de directivas y medidas de control interno	Gestión de la Calidad de Servicio
Spearman's rho	El conocimiento de directivas y medidas de control interno	Correlation	1,000	,864**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	115	115
	Gestión de la Calidad de Servicio	Correlation	,864**	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DECISIÓN: Como  $p < 0.05$  se rechaza H<sub>0</sub>

CONCLUSIÓN: Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para determinar si existe asociación o interdependencia entre las variables del

estudio, se puede comprobar que existe evidencia significativa que el conocimiento de directivas y medidas de control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

### HIPÓTESIS 3:

H<sub>3</sub>: La difusión de la normatividad incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

H<sub>0</sub>: La difusión de la normatividad NO incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

			La difusión de la normatividad	Gestión de la Calidad de Servicio
Spearman's rho	La difusión de la normatividad	Correlation	1,000	,853**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	115	115
	Gestión de la Calidad de Servicio	Correlation	,853**	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DECISIÓN: Como  $p < 0.05$  se rechaza H<sub>0</sub>

CONCLUSIÓN: Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para determinar si existe asociación o interdependencia entre las variables del estudio, se puede comprobar que existe evidencia significativa que la difusión de la normatividad incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

#### HIPÓTESIS 4:

H<sub>4</sub>: El nivel de acceso a la información incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

H<sub>0</sub>: El nivel de acceso a la información NO incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

		Nivel de acceso a la información	Gestión de la Calidad de Servicio
Spearman's rho	Nivel de acceso a la información	1,000	,839**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	115	115
Seguridad	Seguridad	,839**	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	115	115

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

DECISIÓN: Como  $p < 0.05$  se rechaza H<sub>0</sub>

CONCLUSIÓN: Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman para determinar si existe asociación o interdependencia entre las variables del estudio, se puede comprobar que existe evidencia significativa que el nivel de acceso a la información incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

Comprobada las cuatro hipótesis específicas, se comprueba la hipótesis general, es decir:

La Aplicación del Control Interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

#### **4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

A continuación se presenta la discusión de resultados de las encuestas realizadas a los 115 trabajadores del órgano de control interno y del área de gestión de la calidad del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.

- 1) La mayoría que no siempre registra su asistencia de manera adecuada y puntual, lo que genera un malestar en los usuarios del Hospital III Suárez Angamos.
- 2) Existe una mayoría que no siempre registra su control de actividades.
- 3) Una mayoría que desconoce que existen medidas de control interno en su dependencia.
- 4) Existe una mayoría que no siempre puede implementar algunas medidas de control para asegurar el resultado de su trabajo.
- 5) Casi un 50% de trabajadores no tiene claro el manual de organización y funciones.
- 6) Existe una mayoría que no conoce claramente el manual de procedimientos.
- 7) Casi un 40% de trabajadores que presenta dificultades para acceder a algún sistema informático.
- 8) Una mayoría que indica que su trabajo puede ser modificado.
- 9) Casi el 54% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que los equipos del Hospital III Suárez Angamos son modernos.
- 10) El 79% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos son modernas.

- 11) El 55% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que las instalaciones físicas del Hospital III Suárez Angamos están limpias.
- 12) El 69% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que existe compromiso con los clientes del Hospital III Suárez Angamos.
- 13) El 75% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el Hospital III Suárez Angamos ofrece un adecuado servicio al cliente.
- 14) El 90% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el tiempo de atención al cliente es adecuado.
- 15) El 60% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el Hospital III Suárez Angamos informa con precisión.
- 16) El 66% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS informa con precisión.
- 17) El 46% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS está dispuesto a ayudar al cliente.
- 18) El 42% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS responde adecuadamente las preguntas de los clientes.
- 19) El 39% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el comportamiento del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS trasmite confianza.
- 20) Casi el 58% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que siente seguridad en las transacciones con el HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.
- 21) El 61% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que recibe atención individualizada por parte del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.

- 22) El 34% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el horario de trabajo del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS es adecuado.
- 23) El 40% de los trabajadores encuestados refieren que están de acuerdo que recibe atención personalizada por parte del personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS.
- 24) El 64% de los trabajadores encuestados refieren que están en desacuerdo que el personal del HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS se preocupa por los intereses de los clientes.

Luego de los hallazgos encontrados, se compararon los resultados con otras investigaciones, habiendo coincidencias con algunas de ellas. A continuación las investigaciones:

Vega Jessy (2009), en su tesis: *“Diseño de un Manual de Control Interno para el Departamento Financiero en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo - Riobamba, Aplicando la Nueva Normativa y Herramientas Informáticas que Rigen para el Sector Público en el año 2009”*, formula el diseño de un Manual de Control Interno para el Departamento Financiero en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo – Riobamba, Ecuador en el que aplica la nueva normativa y las herramientas informáticas que rigen para el sector público en el año 2009. Para que sea factible la utilización del manual se describen los procedimientos para Compras, Anticipo de Sueldo, Avance de Obra, Horas Clase, Becas y Salarios, con ayuda de flujo gramas haciéndolo de fácil comprensión.

En la perspectiva que adopta la tesis, se puede afirmar que un departamento que no aplique controles internos adecuados, puede correr el riesgo de tener desviaciones en sus operaciones, y por supuesto las decisiones tomadas no serán las más adecuadas para su gestión e incluso podría llevar al mismo a una crisis operativa, por lo que, se debe asumir una serie de consecuencias que perjudican los resultados de sus actividades.

El control interno siendo un proceso, es decir, un medio para alcanzar un fin y no un fin en sí mismo, lo llevan a cabo las personas que conducen en todos los niveles, no se trata de manuales de organización y procedimientos, sólo puede aportar un grado de seguridad razonable y no la seguridad total para la conducción o consecución de los objetivos.

Al hablarse del control interno como un proceso, se hace referencia a una cadena de acciones extendida a todas las actividades, inherentes a la gestión e integrados a los demás procesos básicos de la misma: planificación, ejecución y supervisión.

### Conclusiones

- El estudio y diagnóstico de la situación actual de la Institución permitió conocer las necesidades para el Área Financiera, en la que se registra: Inexistencia de una Manual de Control Interno para el Sistema e-SIGEF y e-SIPREN.
- El análisis de conceptos y definiciones emitidas por diferentes autores sobre aspectos relacionados con el tema ayudaron a un mejor entendimiento en la elaboración del Manual.
- La Dirección Financiera es responsable de mantener la eficiencia, eficacia y economía en las operaciones realizadas, por la necesidad de cumplir la misión y objetivos institucionales.
- El control es una prioridad por lo cual se diseñó con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable sobre el logro de los objetivos del Departamento Financiero.
- El no poseer un control adecuado para el pago de obligaciones hace que se demore su cancelación dañando así la imagen fiel de la Institución.

En esta tesis se puede establecer aspectos que guardan relación con las variables del presente trabajo de investigación, como es el ejercicio de control interno en el Departamento Financiero de una entidad educativa y la participación del personal en todos los niveles para alcanzar que la

organización sea óptima, caso similar sucede con el cumplimiento de las funciones del personal de la Oficina de Contabilidad de la Oficina General de Economía del Ejército.

Lam Elsa (2002), en su tesis titulada: *“Evaluación del Control Interno basado en el modelo COSO”*, señala que para las organizaciones es de mucha importancia tener los controles internos adecuados ya que de esto depende, que las operaciones se efectúen de manera correcta. Toda organización tiene riesgos, los que deben ser disminuidos con la adopción de controles.

El presente trabajo de tesis pretende demostrar que el modelo COSO es un instrumento eficaz en la evaluación del control interno de las organizaciones, así como reconocer que este modelo no sólo es de ayuda para auditores (internos o externos), sino también para la gerencia de las organizaciones, con el fin de identificar los diferentes riesgos y la mejor práctica para disminuirlos o eliminarlos.

Este trabajo está dirigido a las personas que tengan interés en conocer o en ampliar sus conocimientos acerca del modelo COSO el cual ha estado en el medio por muchos años, pero en Guatemala es muy poco conocido y no se tiene mucha bibliografía disponible acerca del tema.

El motivo por el cual se eligió dicho tema fue que el control interno parece una parte fundamental para cualquier organización, ya que de ello depende que el personal actúe de forma correcta y elabore sus funciones tal y como le corresponde. Muchas veces el control interno no es tomado con la debida importancia y este trabajo considera que el modelo COSO incluye los puntos indispensables que deben de tomarse en cuenta.

El trabajo abarca lo que se refiere a conceptos de control interno y de COSO; por otra parte explica detalladamente los componentes del control

interno en donde se incluye: el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación y el monitoreo, Por otra parte se incluyen situaciones en donde los controles fallan así como las personas responsables, el informe que puede ser utilizado y un caso práctico general en donde se evaluó los controles con los que cuenta el área de sistemas de una empresa mediana.

Debe de considerarse que el objetivo de dicho trabajo trata de cubrir los aspectos de mayor relevancia respecto al modelo COSO, por lo que no se pretende haber agotado el tema pues en sí es bastante amplio.

### Conclusiones

El modelo COSO es fruto del trabajo de un Comité representado por Contadores Públicos y Auditores así como administradores y financieros los que se empeñaron en formar un comité y estandarizar una metodología para la evaluación del control interno.

El modelo COSO es un instrumento eficaz en la evaluación del control interno ya que incluye todos los aspectos a ser considerados tales como el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, la información y comunicación así como el monitoreo.

El control interno constituye una parte fundamental en toda organización ya que de este depende que todas las operaciones se realicen adecuadamente y que los riesgos existentes puedan ser manejados y eliminados.

La dirección de toda organización es la responsable de tener los controles internos adecuados.

La evaluación de controles no es útil para una sola persona o profesión sino que contribuye a personas no sólo de la organización sino que para personas externas tales como auditores, legisladores, acreedores, etc. ya

que si se cuenta con un adecuado control se tendrá certeza de que la organización maneja sus riesgos de la mejor forma.

Actualmente en Guatemala, el modelo COSO no es conocido profundamente y mucho menos aplicado. Es importante que el mismo sea tomado en cuenta no sólo por auditores independientes sino que por las organizaciones con el fin de mejorar.

Del mismo modo que en la anterior tesis, podemos distinguir algunos conceptos que han sido considerados en el presente trabajo de investigación, entre ellos el control, las funciones, la gestión de personal, entre otros; reafirmando que el control interno es parte fundamental para cualquier organización, ya que de ello depende que el personal actúe de forma correcta y elabore sus funciones tal y como le corresponde; como se puede anotar, podemos distinguir las dos variables materia del estudio: el ejercicio del control interno y el cumplimiento de las funciones asignadas por la entidad.

Campos César (2003), en la tesis: *“Los procesos de control interno en el Departamento de Ejecución Presupuestal de Una Institución del Estado”*, desarrolló un trabajo de investigación en una entidad del Estado relacionando el control interno con la ejecución de los recursos presupuestales; la principal motivación para desarrollar este trabajo ha sido verificar si el Control Interno que se viene realizando responde a los objetivos que dieron origen a su implementación y si este está a su vez de acuerdo a las Normas Técnicas de Control para el Sector Público.

Esta inquietud ha sido determinante para tomar la firme decisión de realizar un estudio que permita detectar los problemas latentes de control, para que la investigación pretenda explicar cuáles son las dificultades que actualmente tiene el Departamento de Ejecución Presupuestal de una Entidad del Estado materia de estudio.

## Conclusiones

- a. Con relación a la Ejecución Presupuestal las políticas utilizadas en el Control Interno son coherentes, observándose las normas y procedimientos en todas las actividades del proceso de abastecimiento, influyendo significativamente en el trabajo que se efectúa; sin embargo se amerita un Manual para su ejecución.
- b. Los objetivos que se establecen para el Control Interno, se alcanzan en forma satisfactoria lo cual permite que la gestión en el Departamento de Ejecución Presupuestal sea la adecuada conforme a lo esperado.
- c. El planeamiento que se desarrolla en el Departamento de Ejecución Presupuestal, viene ayudando a la gestión en esta organización, teniendo gran influencia en la obtención de resultados, ya que se tiene pleno conocimiento del organismo y se evita que ocurran distorsiones en el sistema; por consiguiente es la etapa más importante en el proceso de control.
- d. Las estructuras existentes para ejecutar el Control Interno se encuentran establecidas a nivel del Departamento de Ejecución Presupuestal, siendo los resultados medianamente favorables, lo que influye en la gestión administrativa que se realiza debido principalmente al ambiente de control, recursos materiales y humanos.
- e. Los estándares deseados en la administración del Departamento de Ejecución Presupuestal, respecto al Control Interno que se viene aplicando de acuerdo a las normas y procedimientos para tal fin, ha permitido establecer criterios y políticas que fomentan prácticas y condiciones uniformes que optimizan dicha tarea; significando que los estándares de trabajo y rendimiento son similares a la de otros organismos del Sector Público encargado de realizar el control interno, igualmente dentro de la institución existente correlación con el de otras dependencias.
- f. Por la inmediatez las acciones correctivas en el control interno, se subsana rápidamente superando las deficiencias que existieran, lo cual

permiten que la gestión administrativa no tenga inconvenientes durante su desarrollo.

La tesis de Campos César (2003) considera como variable además del Control Interno, el factor humano y se refiere a su calidad en el sentido que este factor humano debe ser capaz de responder en forma oportuna para resolver cualquier eventualidad, contando para ello con el manual de funciones y el de procedimientos debidamente adecuados a las particularidades de la Entidad.

Samamé María (2011), en la tesis: *“El Control como Medio en la Optimización de la Administración de los Recursos Humanos en el Congreso de la República del Perú”*, realizó un estudio sobre una problemática de mucho interés a nivel de una Institución del Estado, el control como medio en la optimización de la administración de los recursos humanos en el Congreso de la República del Perú, para lo cual se utilizó como técnica para el recojo de datos la encuesta, la cual estuvo conformada de 14 preguntas elaboradas con los indicadores de las variables y se trabajó con el personal de trabajadores en la parte administrativa de este Poder Legislativo.

En cuanto a su estructura, el estudio abarcó desde el Planteamiento del Problema, Fundamentos Teóricos de la Investigación, Metodología, la Interpretación de Resultados y Contrastación de Hipótesis, terminando con las Conclusiones y Recomendaciones, respaldada por una amplia Bibliografía de diferentes especialistas, quienes con sus aportes ayudaron a clarificar los alcances que tiene el control en la administración de los recursos humanos del Congreso de la República.

La investigación abarcó aspectos importantes tanto para la parte metodológica, que sirvió para el desarrollo de la tesis, como también en el sustento teórico, se utilizó material especializado que ayudó a la

presentación de las variables: Control y Administración de los Recursos Humanos, dándole coherencia y claridad al trabajo, cuya información recopilada en la encuesta, facilitó su procesamiento estadístico y gráfico, como también las interpretaciones de cada una de las interrogantes, que facilitaron conocer la importancia que tiene el control en la administración de los recursos humanos.

#### Conclusiones específicas

- a. Los datos obtenidos del estudio han permitido establecer que la comprobación de la ejecución de los planes de control influyen en la supervisión del trabajo que realiza el RR.HH en el Congreso de la República.
- b. Los resultados han podido constatar que la constante regulación de los planes en el tiempo influye en la ejecución de las políticas de control en el Congreso de la República.
- c. Se ha establecido que la medición frecuente del desempeño del recurso humano influye de manera favorable en la evaluación de los cargos en el Congreso de la República.
- d. La información ha permitido verificar que la ejecución de acciones correctivas influye en la evaluación frecuente del desempeño del RR.HH en el Congreso de la República.
- e. También se ha establecido que el cumplimiento de objetivos y estándares establecidos por el Departamento de RR.HH influye en la frecuente capacitación del personal en el Congreso de la República.
- f. De igual modo, se ha establecido que la comparación del desempeño del RR.HH con los objetivos y estándares establecidos influye en la ejecución de políticas de desarrollo del RR.HH en el Congreso de la República.
- g. En conclusión, se ha determinado que las acciones de control inciden en la optimización de los recursos humanos que trabajan en el Congreso de la República.

Los puntos comprobados en la tesis de Samamé María, el Control como Medio en la Optimización de la Administración de los Recursos Humanos en el Congreso de la República del Perú, presenta aspectos comunes al presente trabajo de investigación, nuevamente por las variables materia de estudio: control y recursos humanos, es decir el personal. Efectivamente, el ejercicio del control interno en cualquier entidad y en particular para una entidad del Estado es un medio que permite optimizar la administración de los recursos humanos de la entidad, en este punto las medidas de control interno no sólo deben ser estrictas, sino que por encontrarnos en el Sector Público y teniendo la obligación de rendir cuentas de la administración de los recursos económicos y presupuestarios, es necesario asegurar que el personal que desarrolla funciones para el Estado brinde un buen servicio, atendiendo los conceptos de efectividad y eficacia.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

- 1) Se determinó que el nivel del ejercicio del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- 2) Se determinó que el conocimiento de directivas y medidas de control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- 3) Se determinó que la difusión de la normatividad incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- 4) Existe evidencia que el nivel de acceso a la información incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de Emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.
- 5) Se determinó que la Aplicación del Control Interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- 1) Capacitar al personal a través de una empresa consultora reconocida, en los procesos de control interno, para luego asignar adecuadamente las responsabilidades por cada área del Hospital III Suárez Angamos.
- 2) Comunicar las directivas y medidas de control interno a los trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, para que se involucren en la aplicación del control interno.
- 3) Difundir la normatividad del control interno a los diferentes trabajadores del Hospital III Suárez Angamos, para que se interesen en adecuarse a las normas vigentes y puedan mejorar su gestión de calidad de servicio.
- 4) Mejorar el nivel de acceso a la información para que el personal que labora en el Hospital III Suárez Angamos, pueda integrar su información y pueda realizarse la aplicación del control interno de manera más adecuada.
- 5) Comunicar los resultados de la presente investigación, para generar el compromiso de la institución en mejorar los sistemas de control interno, específicamente en el área de gestión de la calidad del servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos.
- 6) Que en la medida de lo posible se evalúe la conveniencia de llevar a cabo la implementación del control interno en sujeción a lo prescrito en la Ley N° 28716 - Ley del Control Interno en las Entidades Públicas, su Reglamento, aprobado por Resolución de Contraloría N°320-2006-CG; así como, la Guía para la implementación del Control Interno, aprobado por Resolución de Contraloría N°458-2008-CG, por cuanto los resultados de la investigación, han evidenciado que esta normatividad vigente e incide favorablemente en la gestión de la calidad del servicio Emergencia del Hospital III Suárez Angamos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1) ALARCÓN, Reynaldo (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Segunda Edición. Lima. Universidad Ricardo Palma. Editorial Universitaria.
- 2) ALVAREZ AGUILAR, José (2000). *Diccionario de Auditoría Gubernamental*. Editorial Universidad de San Martín de Porres. Primera Edición S.A. Lima-Perú. pp. 285.
- 3) ALVAREZ ILLANES, Juan (2003). *Auditoría Gubernamental*. Editorial Instituto de Investigación El Pacífico E.I.R.L. Primera Edición. Lima-Perú. pp 783.
- 4) BERNAL, César Augusto (2006). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Editorial Prentice Hall. México.
- 5) BROCK, H.; Palmer, Ch. (1987). *Contabilidad: Principios y Aplicaciones*. Editorial Reverté S.A., pp. 95. Barcelona, España.
- 6) BUNGE, Mario (2009). *Estrategias de la Investigación Científica*. Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima.
- 7) CAMPOS, César (2003). Tesis: *“Los procesos de control interno en el Departamento de Ejecución Presupuestal de Una Institución del Estado”*.
- 8) CASTILLO CHÁVEZ, José (2008). *Administración Pública*. Editorial Editora y Distribuidora Real S.R.Ltda. Lima Perú. Primera Edición. pp 2900.
- 9) CLAROS, Roberto; y LEÓN, Oscar (2012). *El Control Interno como Herramienta de Gestión y Evaluación*. Editorial Pacífico Editores. Lima-Perú. Primera Edición. pp 621.
- 10) CHIAVENATO, Idalberto (2003). *Administración de Recursos Humanos*. Editorial Limusa S.A. Grupo Noriega Editores. Primera Edición. México. pp.546.
- 11) CHIAVENATO, I. (2002). *Gestión del Talento Humano*. (1ª ed.). México, D.F: Editorial McGraw – Hill.
- 12) CHIAVENATO, I. (2009). *Comportamiento Organizacional*. (2ª ed.). México, D.F.: Editorial McGraw – Hill.

- 13) CHIAVENATO, I. (2011). *Administración de Recursos Humanos: El Capital Humano de las Organizaciones*. (9ª ed.). México, D.F.: Editorial McGraw – Hill.
- 14) COOPERS & LYBRAND E INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS (1997). *“Los nuevos conceptos del Control Interno”*, Ediciones Díaz de Santos S.A., pp. 5-6. Madrid, España.
- 15) CROSBY, P. B. (1987). *La calidad no cuesta*. México: Cecsa.
- 16) DEL RÍO ARAUJO, M.; VARELA GONZÁLEZ, J. (2007). *“Orientación al Mercado, Rendimiento Empresarial y Resultado Exportador”*, Cajamarca Caja Rural, Universidad de Santiago de Compostela, pp. 92. España.
- 17) DEMING, W. (1986). *Out of the crisis, Cambridge, Mass.: Center for Advanced Engineering Study*. Massachussets: Institute of Technology.
- 18) FLAMHOLTZ, Erick; LACEY, John, (1992). *Contabilidad de los Recursos Humanos*. Tercera Edición. Editorial Prentice Hall, México. pp158.
- 19) FRANCO CONCHA, P. (2004). *“Evaluación de Estados Financieros”*, III Edición, Centro de Investigación Universidad del Pacífico. pp. 24. Lima, Perú.
- 20) GARCÍA ECHEVARRÍA, S. (1994). *“Introducción a la Economía de la Empresa”*, Ediciones Díaz de Santos S.A., pp. 3. Madrid, España.
- 21) GIRALDO JARA, Demetrio (2005). *Diccionario para Contadores*. Editorial FECAT E.I.R.L. Perú. pp464.
- 22) GOMEZ MORFIN, Joaquín. (2000). *El Control de la Administración*. Editorial Diana. México. pp.490.
- 23) GONZALES, G. & Brea, I. (2011). *La Nueva ISO 9001:2008*. Madrid: Edit. Fundación Confemental.
- 24) HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; y BAPTISTA LUCIO, Pilar (1998). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Bogotá. Editorial MC. Graw Hill.
- 25) HORNGREN, CH.; HARRISON, W. (2003). *Contabilidad*. V Edición, Pearson Educación de México S.A. de C.V., pp. 5. México.
- 26) ISHIKAWA, K. (1993). *¿Qué es el control de la calidad?*. Bogotá:

- Editorial Norma.
- 27) ISHIKAWA, K. (1994). *Introducción al control de la calidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
  - 28) JURAN, J. (1994). *La calidad por el diseño*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
  - 29) JURAN, J. (2008). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
  - 30) KAST, Fremont; y ROSENZWEIG, James, (1988). *Administración en las Organizaciones*. Cuarta Edición. Editorial Mc Graw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V., México. pp 754.
  - 31) KEAT, P.; YOUNG, P. (2004). *Economía de Empresa*. IV Edición, Pearson Educación de México S.A. de C.V, pp. 28. México.
  - 32) LAM Elsa (2002). Tesis: *Evaluación del Control Interno basado en el modelo COSO*.
  - 33) LAROCCA, Héctor; FAINSTEIN Héctor; BARCOS, Santiago; FRANCO, Jorge; NARVÁES, Jorge; NÚÑEZ, Graciela (2001). *¿Qué es Administración?* Editorial Machi. Segunda Edición. Buenos Aires-Argentina. pp. 535.
  - 34) MENDÍVIL ESCALANTE, V. (2002). *Elementos de Auditoría*. Thomson Editores S.A. de C.V., pp. 28. México.
  - 35) OSORIO SÁNCHEZ, I. (2000). *Auditoría I: Fundamentos de Auditoría de Estados Financieros*. II Edición, Ediciones Contables, Administrativas y Fiscales S.A. de C.V., pp. 142-143. México D.F., México.
  - 36) PETERS, T. & WATERMAN, R. (1982). *In Search of Excellence*. Nueva York: Harper & Row.
  - 37) PERDOMO MORENO, A. (2000). *Análisis e interpretación de estados financieros*. Impresora y Editora Rodríguez, pp. 1. México.
  - 38) PERDOMO MORENO, A. (2000). *Fundamentos de Control Interno*. IX Edición, Editorial Thomson, pp. 2. México D.F., México.
  - 39) PERDOMO MORENO, A. (2000). *Fundamentos de Control Interno*. IX Edición, Editorial Thomson, pp. 3. México D.F., México.

- 40) PERDOMO MORENO, A. (2000). *Fundamentos de Control Interno*. IX Edición, Editorial Thomson, pp. 16. México D.F, México.
- 41) RAMOS MERINO, J.; SÁNCHEZ GALÁN, J. (2012). *El Rendimiento Empresarial: Medición e Información Contable*, Universidad de Alcalá, pp. 1. Madrid, España.
- 42) RAMOS MERINO, J.; SÁNCHEZ GALÁN, J. (2012). *El Rendimiento Empresarial: Medición e Información Contable*. Universidad de Alcalá, pp. 1-3. Madrid, España.
- 43) Resolución de Contraloría N° 162-95-CG de 22 setiembre del año 1995, que aprueba las Normas de Auditoría Gubernamental (NAGU) y Modificatorias.
- 44) Resolución de Contraloría N° 072-98-CG de 26 junio del año 1998, que aprueba las Normas Técnicas de Control Interno.
- 45) Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG de 30 octubre del año 2006, que aprueba las Normas de Control Interno. Fe de erratas publicada el 16 de noviembre del año 2006.
- 46) Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG de 28 de octubre del año 2008, que aprueba la Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno de las Instituciones del Estado.
- 47) Resolución Jefatural N° 059-77/INAP/DNR/ de 12 de mayo de 1977 que aprobó la Directiva N° 002-77-INAP/DNR Normas para la Formulación de los manuales de Procedimientos.
- 48) REYES PONCE, Agustín (1995). *Administración de Personal*. Quinta Edición, Editorial LIMUSA, Wiley S.A. México. 242 pp.
- 41) ROBBINS, S., STEPHEN, P. y TIMONTHY, A. (2009). *Comportamiento Organizacional*. (13ª. ed.). México D.F.: Editorial Prentice Hall.
- 42) ROBBINS, S., STEPHEN, P. y COULTER, M. (2010). *Administración*. (10ª. Ed.). México D.F.: Editorial Prentice Hall.
- 43) RODRÍGUEZ VALENCIA, Joaquín (2000). *Introducción a la Administración con Enfoque de Sistemas*. Editorial Ediciones Contables, Administrativas y Fiscales S.A. Tercera Edición. México. pp.730.

- 44) RODRÍGUEZ VALENCIA, Joaquín (2010). *Auditoría Administrativa*. Editorial Trillas. Novena Edición. México. pp.448.
- 45) RUIZ, Jorge; y ORTIZ, Alberto (1995). *Presupuesto. Enfoque moderno de planeación y control de recursos*. Colombia. Segunda Edición. Editorial McGraw Hill.
- 46) SAMAMÉ, María (2011). Tesis: *El Control como Medio en la Optimización de la Administración de los Recursos Humanos en el Congreso de la República del Perú*.
- 47) SANTILLANA GONZÁLEZ, J. (2001). *Establecimiento de Sistemas de Control Interno*. Ediciones Paraninfo S.A., pp. 3. México.
- 48) SELLÉS, Juan Fernando (2008). *Hábitos, virtudes, costumbres y manías*. España. En Educación y Educadores Facultad de Filosofía Universidad de Navarra. Pág 25. Obtenido el 20 de octubre de 2008, de [www.unav.es/tmoral/virtudesyvalores/vge](http://www.unav.es/tmoral/virtudesyvalores/vge).
- 49) TAGUCHI, G. (1993). *Taguchi on robust technology development*. New York: Asme Press.
- 50) TANAKA NAKASONE, G. (2005). *Análisis de Estados Financieros para la Toma de Decisiones*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 101. Lima, Perú.
- 51) VALERIANO ORTIZ, Luis Fernando. (2006). *Auditoría Administrativa*. Editorial San Marcos. Lima-Perú. Tercera Edición. pp.232.
- 52) VARGAS, M. & ALDANA, L. (2011). *Calidad y Servicio: Concepto y Herramientas*. Bogotá: 2da. Edición, Ecoe Ediciones: Universidad de la Sabana.
- 53) VÁSQUEZ, Edwin (2006). Tesis: *Factores asociados al grado de satisfacción laboral de los trabajadores del Sector Defensa*.
- 54) VERA, Mario. (2012). *Documentos de Gestión*. Editorial Pacífico Editores. Lima-Perú. Primera Edición. pp 590.

## ANEXOS

**ANEXO N°1:** Cuestionario aplicado

**ANEXO N°2:** Matriz de coherencia interna

### CUESTIONARIO

Estimado señor (a) la siguiente encuesta tiene por objeto determinar la incidencia entre la aplicación del control interno y la Gestión de la Calidad de Servicio de los pacientes del Hospital III Suárez Angamos. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial y no serán orientadas para ningún otro propósito.

#### **Aplicación del control interno**

##### Nivel del ejercicio de Control Interno

1. ¿Registra Ud. su asistencia en forma diaria?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

2. ¿Mantiene Ud. un registro de control de las actividades que desarrolla en el día?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

##### Conocimiento de Directivas y medidas de control interno

3. ¿Conoce Ud. si existen medidas de control interno en su dependencia?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

4. ¿Puede Ud. implementar algunas medidas de control para asegurar el resultado de su trabajo?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

### Difusión de la Normatividad

5. ¿Conoce Ud. el contenido del Manual de Organización y Funciones de su Oficina?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

6. ¿Conoce Ud. el Manual de Procedimientos de su Oficina?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo\_

### Nivel de Acceso a la información

7. ¿Se apoya Ud. en algún sistema informático para el desarrollo de sus funciones?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

8. ¿Su trabajo podría ser modificado por otras personas?

Siempre ( ) Casi siempre ( ) A veces ( ) Casi nunca ( ) Nunca

### **Gestión de la Calidad de Servicio**

#### **Calidad de servicio**

#### **Elementos Tangibles**

9. ¿Considera que los equipos en el Hospital III Suárez Angamos son modernos?

- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
10. ¿Considera que las instalaciones físicas en el Hospital III Suárez Angamos son adecuadas?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
11. ¿Considera que las instalaciones físicas en el Hospital III Suárez Angamos se encuentran muy limpias?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo

### **Fiabilidad**

12. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos se encuentra bien comprometido con los clientes?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
13. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos ofrece un adecuado servicio al cliente?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
14. ¿Considera que el tiempo de atención es el adecuado?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo

### **Capacidad de respuesta**

15. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos le informa con precisión?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
16. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos le sirve con rapidez al cliente?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
17. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos está dispuesto a ayudar al cliente?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
18. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos responde adecuadamente las preguntas de los clientes?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

### **Seguridad**

19. ¿Considera que el comportamiento del personal en el Hospital III Suárez Angamos transmite confianza?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
20. ¿Considera que siente seguridad en las transacciones con la empresa?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo

### **Empatía**

21. ¿Considera que recibe atención individualizada por parte del personal en el Hospital III Suárez Angamos?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo
  - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - d. En desacuerdo
  - e. Totalmente en desacuerdo
22. ¿Considera que el horario de trabajo del personal en el Hospital III Suárez Angamos es adecuado?
- a. Totalmente de acuerdo
  - b. De acuerdo

- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

23. ¿Considera que recibe atención personalizada por parte del personal en el Hospital III Suárez Angamos?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

24. ¿Considera que el personal en el Hospital III Suárez Angamos se preocupa por los intereses de los clientes?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

## MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

### Anexo N°2

Título	Definición del Problema	Objetivos	Formulación de Hipótesis	Clasificación de variables	Definición Operacional	Metodología	Población, Muestra y Muestreo	Técnica e Instrumento
“Eficacia del control interno y su incidencia en la gestión de la calidad de Hospital III Suárez Angamos Essalud”.	¿En qué medida incide la eficacia del control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de los pacientes del Hospital III Suárez Angamos?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la incidencia de la eficacia del control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de los pacientes del Hospital III Suárez Angamos.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> Determinar la incidencia del nivel del ejercicio del control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015. Determinar la incidencia del conocimiento de directivas y medidas de control interno en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015. Determinar la incidencia de la difusión de la normatividad en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.</p>	<p><b>Hipótesis Principal:</b> La eficacia del control interno incide significativamente en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b> El nivel del ejercicio del control interno incide significativamente la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015. El conocimiento de directivas y medidas de control interno incide significativamente la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015. La difusión de la normatividad incide</p>	<p><b>Variables:</b></p> <p>a) Aplicación del control interno</p> <p>b) Gestión de la calidad de servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nivel del ejercicio del control interno</li> <li>➤ Conocimiento de Directivas y medidas de control interno</li> <li>➤ Difusión de la normatividad</li> <li>➤ Nivel de acceso a la información</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elementos tangibles</li> <li>➤ Fiabilidad</li> <li>➤ Capacidad respuesta</li> <li>➤ Seguridad</li> <li>➤ Empatía</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Aplicado</p> <p><b>Nivel:</b> Explicativo.</p> <p><b>Método:</b> En la presente investigación utilizamos el método descriptivo.</p> <p><b>Diseño:</b> Su diseño se representa así:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <math display="block">M = O_{x1} - O_y</math> </div>	<p><b>Población:</b> 164 colaboradores</p> <p><b>Muestra:</b> 115 colaboradores</p> <p><b>Muestreo</b> Se utilizará el muestreo probabilístico</p>	<p><b>Técnica</b> La principal técnica que se utilizará en el presente estudio será la encuesta.</p> <p><b>Instrumento</b> Cuestionario que por intermedio de una encuesta de preguntas, en su modalidad cerradas, se tomará a la muestra señalada.</p>

		<p>Determinar la incidencia del nivel de acceso a la información en la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.</p>	<p>significativamente la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.</p> <p>d) El nivel de acceso a la información incide significativamente la Gestión de la Calidad de Servicio de emergencia del Hospital III Suárez Angamos, período 2014-2015.</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

**Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG**

**Contralor General (e) aprueba Normas de Control Interno.**

Publicado 3/11/2006

Lima, 30 de octubre de 2006.

VISTO; la Hoja de Recomendación N° 001-2006-CG/GR, de la Gerencia de Control de Gestión y Riesgos, mediante la cual se propone la aprobación de las Normas de Control Interno; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 82° de la Constitución Política del Perú, la Contraloría General de la República, goza de autonomía conforme a su Ley Orgánica, y tiene como atribución supervisar la legalidad de la ejecución del Presupuesto del Estado, de las operaciones de la deuda pública y de los actos de las instituciones sujetas a control;

Que, la Ley N° 27785 -Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República-, tiene como objeto propender al apropiado y oportuno ejercicio del control gubernamental, para prevenir y verificar la correcta utilización y gestión de los recursos del Estado, el desarrollo probo de las funciones de los funcionarios públicos, así como el cumplimiento de las metas de las instituciones sujetas a control; estableciéndose en su artículo 6° que el control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes; disponiendo, asimismo, dicha norma, que el control gubernamental es interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente;

Que, en ese contexto, la división del control gubernamental en interno y externo, propugna responder adecuadamente a los requerimientos y necesidades del Estado, entendiendo que resulta básica la relación entre la administración y el control para la mejora de la gestión pública, al involucrar expresamente a las propias entidades en la cautela del patrimonio público, prescribiéndose en el artículo 7° de la Ley N° 27785 que 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;

Que, en concordancia con lo antes señalado, a propuesta de este Organismo Superior de Control, se emitió la Ley N° 28716 – Ley de Control Interno de las Entidades del Estado- que regula el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del sistema de control interno en todas las entidades del Estado, con el propósito de cautelar y fortalecer sus sistemas administrativos y operativos con actividades de control previo, simultáneo y posterior, para el debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales así como contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción;

Que, la citada Ley de Control Interno establece en su artículo 10° que corresponde a la Contraloría General de la República, dictar la normativa técnica de control que oriente la efectiva implantación y funcionamiento del control interno en las entidades del Estado, así como su respectiva evaluación; constituyendo dichas normas, lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación y/o regulación del control interno en las principales áreas de su actividad administrativa u operativa de las entidades, incluidas las relativas a la gestión financiera, logística, de personal, de obras, de sistemas computarizados y de valores éticos, entre otras; siendo que a partir de dicho marco normativo, los titulares de las entidades están obligados a emitir las normas específicas aplicables a su entidad, de acuerdo a su naturaleza, estructura y funciones, las que deben ser concordantes con la normativa técnica de control que dicte la Contraloría General de la República;

Que, mediante el documento de visto se propone la aprobación de las Normas de Control Interno que han sido elaboradas en armonía con los conceptos y enfoques modernos esbozados por las principales organizaciones mundiales especializadas sobre la materia, habiendo recibido asimismo los aportes de instituciones y de personas vinculadas al tema como resultado de su prepublicación en la página web institucional; resaltándose de las mismas su carácter orientador, técnico, integral y dinámico; su estructura basada en los componentes de control reconocidos internacionalmente; así como la competencia directa que asiste a las entidades del Estado para aprobar,

mantener y perfeccionar la implantación, organización y funcionamiento de su correspondiente sistema de control interno:

Que, en consecuencia, a fin de cumplir con el encargo legal conferido, resulta necesario que la Contraloría General de la República, apruebe las Normas de Control Interno, las cuales tienen como objetivo principal propiciar el fortalecimiento de los sistemas de control interno y mejorar la gestión pública, en relación a la protección del patrimonio público y al logro de los objetivos y metas institucionales;

En uso de las atribuciones establecidas por el artículo 32º y 33º de la Ley Nº 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y la Resolución de Contraloría Nº 309-2006-CG;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar las Normas de Control Interno, cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución, las mismas que son de aplicación a las Entidades del Estado de conformidad con lo establecido por la Ley Nº 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.

ARTÍCULO SEGUNDO.- En concordancia con lo dispuesto por el segundo párrafo de la Primera Disposición Transitoria, Complementaria y Final de la Ley Nº 28716, dejar sin efecto la Resolución de Contraloría Nº 072-98-CG que aprobó las Normas Técnicas de Control Interno para el Sector Público, sus modificatorias y demás normas que se opongan a lo dispuesto en la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- Las Unidades Orgánicas de la Contraloría General de la República, de acuerdo a su correspondiente competencia funcional, elaborarán y propondrán las Directivas que complementariamente consideren necesarias para la adecuada regulación de materias vinculadas al control interno de sus respectivos ámbitos de actuación.

ARTÍCULO CUARTO.- La Gerencia Central de Desarrollo y la Escuela Nacional de Control serán responsables de las actividades de sensibilización, capacitación y difusión necesarias de las Normas de Control Interno.

ARTÍCULO QUINTO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**ROSA URBINA MANCILLA**  
**Vicecontralora General de la República**  
**Contralora General (e)**



**CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

# **NORMAS DE CONTROL INTERNO**

**OCTUBRE 2006**

## Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
1.	ANTECEDENTES .....	2
2.	CONCEPTO DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO.....	4
3.	OBJETIVOS DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO .....	5
4.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
5.	EMISIÓN Y ACTUALIZACIÓN .....	5
6.	ESTRUCTURA.....	5
7.	CARACTERÍSTICAS.....	6
II.	MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO .....	7
1.	DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE CONTROL INTERNO .....	7
2.	SISTEMA DE CONTROL INTERNO .....	7
3.	ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO .....	8
4.	ROLES Y RESPONSABILIDADES.....	9
5.	LIMITACIONES A LA EFICACIA DEL CONTROL INTERNO.....	10
III.	NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO.....	11
1.	NORMA GENERAL PARA EL AMBIENTE DE CONTROL.....	11
1.1.	Filosofía de la Dirección.....	11
1.2.	Integridad y valores éticos .....	12
1.3.	Administración estratégica.....	12
1.4.	Estructura organizativa .....	13
1.5.	Administración de los recursos humanos.....	13
1.6.	Competencia profesional .....	14
1.7.	Asignación de autoridad y responsabilidad.....	14
1.8.	Órgano de Control Institucional.....	15
2.	NORMA GENERAL PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS .....	15
2.1.	Planeamiento de la administración de riesgos .....	16
2.2.	Identificación de los riesgos .....	17
2.3.	La valoración de los riesgos.....	18
2.4.	Respuesta al riesgo .....	19
3.	NORMA GENERAL PARA LAS ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL .....	19
3.1.	Procedimientos de autorización y aprobación.....	20
3.2.	Segregación de funciones.....	20
3.3.	Evaluación costo-beneficio .....	21
3.4.	Controles sobre el acceso a los recursos o archivos .....	21
3.5.	Verificaciones y conciliaciones.....	22
3.6.	Evaluación del desempeño .....	22
3.7.	Rendición de cuentas .....	22
3.8.	Documentación de procesos, actividades y tareas .....	23
3.9.	Revisión de procesos, actividades y tareas .....	23
3.10.	Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones .....	24
4.	NORMA GENERAL PARA LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. ....	25
4.1.	Funciones y características de la información.....	26
4.2.	Información y responsabilidad .....	26
4.3.	Calidad y suficiencia de la información .....	26
4.4.	Los sistemas de información.....	27
4.5.	Flexibilidad al cambio.....	27
4.6.	Archivo institucional .....	28
4.7.	Comunicación interna .....	28
4.8.	Comunicación externa .....	28
4.9.	Canales de comunicación.....	29
5.	NORMA GENERAL PARA LA SUPERVISIÓN.....	30
5.1.	NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO.....	30
5.2.	NORMAS BÁSICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE RESULTADOS.....	32
5.3.	NORMAS BÁSICAS PARA LOS COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO.....	33
IV.	ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	35

---

## I. INTRODUCCIÓN

---

### 1. ANTECEDENTES

La Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores- INTOSAI, fundada en el año 1953, y que reúne entre sus miembros a más de ciento setenta (170) Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS), entre ellas la Contraloría General de la República de Perú (CGR), aprobó en el año 1992 las “Directrices para las normas de control interno”. Este documento establece los siguientes lineamientos generales para la formulación de las normas de control interno:

- Se define al control interno como un instrumento de gestión que se utiliza para proporcionar una garantía razonable del cumplimiento de los objetivos establecidos por el titular o funcionario designado
- Se precisa que la estructura de control interno es el conjunto de los planes, métodos, procedimientos y otras medidas, incluyendo la actitud del Dirección, que posee una institución para ofrecer una garantía razonable de que se cumplen los siguientes objetivos:
  - (i) Promover las operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces así como los productos y servicios con calidad, de acuerdo con la misión de la institución
  - (ii) Preservar los recursos frente a cualquier pérdida por despilfarro, abuso, mala gestión, error y fraude
  - (iii) Respetar las leyes, reglamentaciones y directivas de la Dirección, y
  - (iv) Elaborar y mantener datos financieros y de gestión fiables presentados correcta y oportunamente en los informes
- Debe formularse y promulgarse una definición amplia de la estructura de control interno, de los objetivos a alcanzar, y de las normas a seguir en la concepción de tales estructuras
- La necesidad de hacer una clara distinción entre dichas normas y los procedimientos específicos a ser implantados por cada institución
- La responsabilidad de la Dirección por la aplicación y vigilancia de los controles internos específicos necesarios para sus operaciones, por ser éstos un instrumento de gestión, para los cuales se debe disponer de planes de evaluación periódica
- La competencia de la EFS en la evaluación de los controles internos existentes en las entidades fiscalizadas.

Asimismo, dos años antes, en 1990 se había publicado el documento “Control Interno – Marco Integrado” (Internal Control – Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comisión, 1990) elaborado por la Comisión Nacional sobre Información Financiera Fraudulenta -conocida como la Comisión Treadway. Los miembros de dicho grupo fueron: (i) el Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados, (ii) la Asociación Americana de Profesores de Contabilidad, (iii) el Instituto de Ejecutivos de Finanzas, (iv) el Instituto de Auditores Internos, y (v) el Instituto de Contadores Gerenciales. El conjunto de sus representantes adoptó el nombre de Comité de Organismos Patrocinadores-COSO.

El Informe COSO incorporó en una sola estructura conceptual los distintos enfoques existentes en el ámbito mundial y actualizó los procesos de diseño, implantación y evaluación del control interno. Asimismo, define al control interno como un proceso que constituye un medio para lograr un fin, y no un fin en sí mismo. También señala que es ejecutado por personas en cada nivel de una organización y proporciona seguridad razonable para la consecución de los siguientes objetivos: (i) eficacia y eficiencia en las operaciones, (ii) confiabilidad en la información financiera, y (iii) cumplimiento de las leyes y regulaciones. Este control debe ser

construido dentro de la infraestructura de la entidad y debe estar entrelazado con sus actividades de operación.

Se indica que el control interno está compuesto por cinco componentes interrelacionados: □(i) ambiente de control, □ (ii) □ evaluación de riesgos, (iii) □ actividades de control, (iv) □ □ información y comunicación, y (v) monitoreo (supervisión).

En julio de 1998, la CGR emitió las Normas Técnicas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas mediante R. C. N° 072-98-CG del 26 de junio de 1998, con los siguientes objetivos: (i) servir de marco de referencia en materia de control interno, (ii) orientar la formulación de normas específicas para el funcionamiento de los procesos de gestión e información gerencial, (iii) proteger y conservar los recursos de la entidad, (iv) controlar la efectividad y eficiencia de las operaciones como parte de los programas y presupuestos autorizados, (v) permitir la evaluación posterior de la efectividad, eficiencia y economía de las operaciones, y (vi) orientar y unificar la aplicación del control interno en las entidades públicas. Dichas normas tuvieron inicialmente el siguiente contenido:

- Normas generales de control interno
- Normas de control interno para la administración financiera gubernamental
- Normas de control interno para el área de abastecimiento y activos fijos
- Normas de control interno para el área de administración de personal
- Normas de control interno para sistemas computarizados
- Normas de control interno para el área de obras públicas.

Posteriormente, la CGR incorporó mediante R.C. N° 123-2000-CG del 23 de junio de 2000 y R.C. N° 155-2005-CG del 30 de marzo de 2005 respectivamente, las normas siguientes:

- Normas de control interno para una cultura de integridad, transparencia y responsabilidad en la función pública
- Normas de control interno ambiental.

Cabe señalar que las dos últimas partes fueron incorporadas en junio del 2000 y marzo del 2005, respectivamente.

En septiembre del 2004, el COSO emite el documento “Gestión de Riesgos Corporativos - Marco Integrado”, promoviendo un enfoque amplio e integral en empresas y organizaciones gubernamentales. Asimismo este enfoque amplía los componentes propuestos en el Control Interno – Marco Integrado a ocho componentes a saber: (i) ambiente interno, (ii) establecimiento de objetivos, (iii) identificación de eventos, (iv) evaluación de riesgos, (v) respuesta a los riesgos, (vi) actividades de control, (vii) información y comunicación, y (viii) supervisión.

Igualmente, en el XVIII INCOSAI, realizado el 2004 en Budapest, se aprobó la “Guía para las normas de control interno del sector público”, que define el control interno como *“un proceso integral efectuado por la gerencia y el personal, y esta diseñado para enfrentarse a los riesgos y para dar una seguridad razonable de que en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los siguientes objetivos gerenciales:*

- *Ejecución ordenada, ética, económica, eficiente y efectiva de las operaciones*
- *Cumplimiento de las obligaciones de responsabilidad*
- *Cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables, y*
- *Salvaguarda de los recursos para evitar pérdidas, mal uso y daño.”*

En Perú, el marco más reciente para el control gubernamental lo proporciona la Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, vigente a partir del 24.JUL.2002, que establece las normas que regulan el ámbito, organización y atribuciones del Sistema Nacional de Control (SNC) y de la CGR.

Acorde con los nuevos enfoques del control gubernamental, la Ley N° 27785, (artículo 6°), establece que el mismo, *“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.” Asimismo, dicha norma precisa que “el control gubernamental es interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente”.*

La Ley N° 27785 procura responder a los requerimientos y necesidades del sector público, entendiendo que resulta básica la priorización del control dentro de la administración, para su mejora, Para ello se involucra a las propias entidades en la cautela del patrimonio público, tal como señala el artículo 7°: “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.”

La CGR de acuerdo a ello, consideró de trascendental importancia la emisión de una ley de control interno que regulara específicamente el establecimiento, funcionamiento, mantenimiento, perfeccionamiento y evaluación del sistema de control interno en las entidades del Estado en la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, aprobada por el Congreso de la República y publicada el 18.ABR.2006; con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operativos con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidos o de corrupción, buscando el debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales.

Esta Ley establece en su artículo 10° que corresponde a la CGR, dictar la normativa técnica de control que oriente la efectiva implantación, funcionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado. Dichas normas constituyen lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación o regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades, incluidas las relativas a la gestión financiera, logística, de personal, de obras, de sistemas computarizados y de valores éticos, entre otras; correspondiendo, a partir de dicho marco normativo, a los titulares de las entidades emitir las normas específicas aplicables a su entidad, de acuerdo a su naturaleza, estructura y funciones.

## **2. BASE LEGAL Y DOCUMENTAL**

Las Normas de Control Interno tienen como base legal y documental la siguiente normativa y documentos internacionales:

- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
- Manual de Auditoría Gubernamental, aprobado mediante R.C. N° 152-98-CG
- Internal Control – Integrated Framework, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comisión, 1990
- Guía para las normas de control interno del sector público, INTOSAI, 1994.

## **3. CONCEPTO DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO**

Las Normas de Control Interno, constituyen lineamientos, criterios, métodos y disposiciones para la aplicación y regulación del control interno en las principales áreas de la actividad administrativa u operativa de las entidades, incluidas las relativas a la gestión financiera, logística, de personal, de obras, de sistemas de información y de valores éticos, entre otras. Se dictan con el propósito de promover una administración adecuada de los recursos públicos en las entidades del Estado.

Los titulares, funcionarios y servidores de cada entidad, según su competencia, son responsables de establecer, mantener, revisar y actualizar la estructura de control interno en función a la naturaleza de sus actividades y volumen de operaciones. Asimismo, es obligación

de los titulares, la emisión de las normas específicas aplicables a su entidad, de acuerdo con su naturaleza, estructura, funciones y procesos en armonía con lo establecido en el presente documento.

Las Normas de Control Interno se fundamentan en criterios y prácticas de aceptación general, así como en aquellos lineamientos y estándares de control. Estas se describen en el capítulo Marco Conceptual de la estructura de control interno que forma parte de este documento.

#### **4. OBJETIVOS DE LAS NORMAS DE CONTROL INTERNO**

Las Normas de Control Interno tienen como objetivo propiciar el fortalecimiento de los sistemas de control interno y mejorar la gestión pública, en relación a la protección del patrimonio público y al logro de los objetivos y metas institucionales.

En este contexto, los objetivos de las Normas de Control Interno son:

- Servir de marco de referencia en materia de control interno para la emisión de la respectiva normativa institucional, así como para la regulación de los procedimientos administrativos y operativos derivados de la misma
- Orientar la formulación de normas específicas para el funcionamiento de los procesos de gestión e información gerencial en las entidades
- Orientar y unificar la aplicación del control interno en las entidades.

#### **5. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Las Normas de Control Interno se aplican a todas las entidades comprendidas en el ámbito de competencia del SNC, 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.

En el supuesto que las Normas de Control Interno, no resulten aplicables en determinadas situaciones, corresponderá mencionarse específicamente en el rubro limitaciones el alcance de cada norma. La CGR establecerá los procedimientos para determinar las excepciones a que hubiere lugar.

Las citadas normas 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.

#### **6. EMISIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

La CGR, en su calidad de organismo rector del SNC, es la competente para la emisión o modificación de las normas de control interno aplicables a las entidades del sector público sujetas a su ámbito, con el fin que orienten la efectiva implantación, funcionamiento y evaluación del control interno en las entidades del Estado.

#### **7. ESTRUCTURA**

Las Normas de Control Interno tienen la siguiente estructura:

- Código : Es la numeración correlativa que se le asigna a cada norma
- Título : Es la denominación breve de la norma

- Sumilla : Es la parte dispositiva de la norma o el enunciado que debe implementarse en cada entidad
- Comentario: Es la explicación sintetizada de la norma que describe aquellos criterios que faciliten su implantación en las entidades públicas.

## **8. CARACTERÍSTICAS**

Las Normas de Control Interno tienen como características principales, ser:

- Concordantes con el marco legal vigente, directivas y normas emitidas por los sistemas administrativos, así como con otras disposiciones relacionadas con el control interno
- Compatibles con los principios del control interno, principios de administración y las normas de auditoría gubernamental emitidas por la CGR
- Sencillas y claras en su redacción y en la explicación sobre asuntos específicos
- Flexibles, permitiendo su adecuación institucional y actualización periódica, según los avances en la modernización de la administración gubernamental.

---

## **II. MARCO CONCEPTUAL DE LA ESTRUCTURA DE CONTROL INTERNO**

---

### **1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE CONTROL INTERNO**

Es un proceso integral efectuado por el titular, funcionarios y servidores de una entidad, diseñado para enfrentar a los riesgos y para dar seguridad razonable de que, en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los siguientes objetivos gerenciales:

- (i) Promover la eficiencia, eficacia, transparencia y economía en las operaciones de la entidad, así como la calidad de los servicios públicos que presta
- (ii) Cuidar y resguardar los recursos y bienes del Estado contra cualquier forma de pérdida, deterioro, uso indebido y actos ilegales, así como, en general, contra todo hecho irregular o situación perjudicial que pudiera afectarlos
- (iii) Cumplir la normatividad aplicable a la entidad y a sus operaciones
- (iv) Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información
- (v) Fomentar e impulsar la práctica de valores institucionales
- (vi) Promover el cumplimiento de los funcionarios o servidores públicos de rendir cuentas por los fondos y bienes públicos a su cargo o por una misión u objetivo encargado y aceptado.

### **2. SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

La Ley N° 28716, Ley de Control Interno de la Entidades del Estado, define como sistema de control interno al conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos institucionales que procura. Asimismo, la Ley refiere que sus componentes están constituidos por:

- (i) El ambiente de control, entendido como el entorno organizacional favorable al ejercicio de prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas para el funcionamiento del control interno y una gestión escrupulosa
- (ii) La evaluación de riesgos, que deben identificar, analizar y administrar los factores o eventos que puedan afectar adversamente el cumplimiento de los fines, metas, objetivos, actividades y operaciones institucionales
- (iii) Las actividades de control gerencial, que son las políticas y procedimientos de control que imparte el titular o funcionario que se designe, gerencia y los niveles ejecutivos competentes, en relación con las funciones asignadas al personal, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la entidad
- (iv) Las actividades de prevención y monitoreo, referidas a las acciones que deben ser adoptadas en el desempeño de las funciones asignadas, con el fin de cuidar y asegurar respectivamente, su idoneidad y calidad para la consecución de los objetivos del control interno
- (v) Los sistemas de información y comunicación, a través de los cuales el registro, procesamiento, integración y divulgación de la información, con bases de datos y soluciones informáticas accesibles y modernas, sirva efectivamente para dotar de

confiabilidad, transparencia y eficiencia a los procesos de gestión y control interno institucional

- (vi) El seguimiento de resultados, consistente en la revisión y verificación actualizadas sobre la atención y logros de las medidas de control interno implantadas, incluyendo la implementación de las recomendaciones formuladas en sus informes por los órganos del SNC
- (vii) Los compromisos de mejoramiento, por cuyo mérito los órganos y personal de la administración institucional efectúan autoevaluaciones para el mejor desarrollo del control interno e informan sobre cualquier desviación deficiencia susceptible de corrección, obligándose a dar cumplimiento a las disposiciones o recomendaciones que se formulen para la mejora u optimización de sus labores.

La Administración y el Órgano de Control Institucional forman parte del sistema de control interno de conformidad con sus respectivos ámbitos de competencia.

### **3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

La adecuada implantación y funcionamiento sistémico del control interno en las entidades del Estado, exige que la administración institucional prevea y diseñe apropiadamente una debida organización para el efecto, y promueva niveles de ordenamiento, racionalidad y la aplicación de criterios uniformes que contribuyan a una mejor implementación y evaluación integral.

En tal sentido, se considera que son principios aplicables al sistema de control interno: (i) el autocontrol, en cuya virtud todo funcionario y servidor del Estado debe controlar su trabajo, detectar deficiencias o desviaciones y efectuar correctivos para el mejoramiento de sus labores y el logro de los resultados esperados; (ii) la autorregulación, como la capacidad institucional para desarrollar las disposiciones, métodos y procedimientos que le permitan cautelar, realizar y asegurar la eficacia, eficiencia, transparencia y legalidad en los resultados de sus procesos, actividades u operaciones; y (iii) la autogestión, por la cual compete a cada entidad conducir, planificar, ejecutar, coordinar y evaluar las funciones a su cargo con sujeción a la normativa aplicable y objetivos previstos para su cumplimiento.

La organización sistémica del control interno se diseña y establece institucionalmente teniendo en cuenta las responsabilidades de dirección, administración y supervisión de sus componentes funcionales, para lo cual en su estructura se preverán niveles de control estratégico, operativo y de evaluación.

El enfoque moderno establecido por el COSO, la Guía de INTOSAI y la Ley N° 28716, señala que los componentes de la estructura de control interno se interrelacionan entre sí y comprenden diversos elementos que se integran en el proceso de gestión. Por ello en el presente documento, para fines de la adecuada formalización e implementación de la estructura de control interno en todas las entidades del Estado, se concibe que ésta se organice con base en los siguientes cinco componentes:

- a. Ambiente de control
- b. Evaluación de riesgos
- c. Actividades de control gerencial
- d. Información y comunicación
- e. Supervisión, que agrupa a las actividades de prevención y monitoreo, seguimiento de resultados y compromisos de mejoramiento.

Dichos componentes son los reconocidos internacionalmente por las principales organizaciones mundiales especializadas en materia de control interno y, si bien su

denominación y elementos conformantes pueden admitir variantes, su utilización facilita la implantación estandarizada de la estructura de control interno en las entidades del Estado, contribuyendo igualmente a su ordenada, uniforme e integral evaluación por los órganos de control competentes.

En tal sentido, las actividades de prevención y monitoreo, seguimiento de resultados y compromisos de mejoramiento, previstas en los incisos d), f) y g) del artículo 3º de la Ley 28716, en consonancia con su respectivo contenido se encuentran incorporadas en el componente supervisión, denominado comúnmente también como seguimiento o monitoreo.

#### **4. ROLES Y RESPONSABILIDADES**

El control interno es efectuado por diversos niveles jerárquicos. Los funcionarios, auditores internos y personal de menor nivel contribuyen para que el sistema de control interno funcione con eficacia, eficiencia y economía.

El titular, funcionarios y todo el personal de la entidad son responsables de la aplicación y supervisión del control interno, así como en mantener una estructura sólida de control interno que promueva el logro de sus objetivos, así como la eficiencia, eficacia y economía de las operaciones.

Para contribuir al fortalecimiento del control interno en las entidades, el titular o funcionario que se designe, debe asumir el compromiso de implementar los criterios que se describen a continuación:

- **Apoyo institucional a los controles internos:**  
El titular, los funcionarios y todo el personal de la entidad deben mostrar y mantener una actitud positiva y de apoyo al funcionamiento adecuado de los controles internos. La actitud es una característica 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.
- **Responsabilidad sobre la gestión:**  
Todo funcionario público tiene el deber de rendir cuenta ante una autoridad superior y ante el público por los fondos o bienes públicos a su cargo o por una misión u objetivo encargado y aceptado.
- **Clima de confianza en el trabajo:**  
El titular y los funcionarios deben fomentar un apropiado clima de confianza que asegure el adecuado flujo de información entre los empleados de la entidad. La confianza permite promover una atmósfera laboral propicia para el funcionamiento de los controles internos, teniendo como base la seguridad y cooperación recíprocas entre las personas así como su integridad y competencia, cuyo entorno retroalimenta el cumplimiento de los deberes y los aspectos de la responsabilidad.
- **Transparencia en la gestión gubernamental:**  
La transparencia en la gestión de los recursos y bienes del Estado, con arreglo a la normativa respectiva vigente, comprende tanto la obligación de la entidad pública de divulgar información sobre las actividades ejecutadas relacionadas con el cumplimiento de sus fines así como la facultad del público de acceder a tal información, para conocer y evaluar en su integridad, el desempeño y la forma de conducción de la gestión gubernamental.
- **Seguridad razonable sobre el logro de los objetivos del control interno.**  
La estructura de control interno efectiva proporciona seguridad razonable sobre el logro de los objetivos trazados. El titular o funcionario designado de cada entidad debe identificar los riesgos que implican las operaciones y, estimar sus márgenes aceptables en términos cuantitativos y cualitativos, de acuerdo con las circunstancias.

## **5. LIMITACIONES A LA EFICACIA DE CONTROL INTERNO**

Una estructura de control interno no puede garantizar por sí misma una gestión eficaz y eficiente, con registros e información financiera íntegra, precisa y confiable, ni puede estar libre de errores, irregularidades o fraudes.

La eficacia del control interno puede verse afectada por causas asociadas a los recursos humanos y materiales, tanto como a cambios en el ambiente externo e interno.

El funcionamiento del sistema de control interno depende del factor humano, pudiendo verse afectado por un error de concepción, criterio, negligencia o corrupción. Por ello, aun cuando pueda controlarse la competencia e integridad del personal que aplica el control interno, mediante un adecuado proceso de selección y entrenamiento, estas cualidades pueden ceder a presiones externas o internas dentro de la entidad. Es más, si el personal que realiza el control interno no entiende cual es su función en el proceso o decide ignorarlo, el control interno resultará ineficaz.

Otro factor limitante son las restricciones que, en términos de recursos materiales, pueden enfrentar las entidades. En consecuencia, deben considerarse los costos de los controles en relación con su beneficio. Mantener un sistema de control interno con el objetivo de eliminar el riesgo de pérdida no es realista y conllevaría a costos elevados que no justificarían los beneficios derivados. Por ello, al determinar el diseño e implantación de un control en particular, la probabilidad de que exista un riesgo y el efecto potencial de éste en la entidad deben ser considerados junto con los costos relacionados a la implantación del nuevo control.

Los cambios en el ambiente externo e interno de la entidad, tales como los cambios organizacionales y en la actitud del titular y funcionarios pueden tener impacto sobre la eficacia del control interno y sobre el personal que opera los controles. Por esta razón, el titular o funcionario designado debe evaluar periódicamente los controles internos, informar al personal de los cambios que se implementen y respetar el cumplimiento de los controles dando un buen ejemplo a todos.

---

## **III. NORMAS GENERALES DE CONTROL INTERNO**

---

### **1. NORMA GENERAL PARA COMPONENTE EL AMBIENTE DE CONTROL**

**El componente ambiente de control define el establecimiento de un entorno organizacional favorable al ejercicio de buenas prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas, para sensibilizar a los miembros de la entidad y generar una cultura de control interno.**

Estas prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas contribuyen al establecimiento y fortalecimiento de políticas y procedimientos de control interno que conducen al logro de los objetivos institucionales y la cultura institucional de control.

El titular, funcionarios y demás miembros de la entidad deben considerar como fundamental la actitud asumida respecto al control interno. La naturaleza de esa actitud fija el clima organizacional y, sobre todo, provee disciplina a través de la influencia que ejerce sobre el comportamiento del personal en su conjunto.

Contenido:

- 1.1. Filosofía de la Dirección
- 1.2. Integridad y los valores éticos
- 1.3. Administración estratégica
- 1.4. Estructura organizacional
- 1.5. Administración de recursos humanos
- 1.6. Competencia profesional
- 1.7. Asignación de autoridad y responsabilidades
- 1.8. Órgano de Control Institucional.

La calidad del ambiente de control es el resultado de la combinación de los factores que lo determinan. El mayor o menor grado de desarrollo de éstos fortalecerá o debilitará el ambiente y la cultura de control, influyendo también en la calidad del desempeño de la entidad.

### **NORMAS BÁSICAS PARA EL AMBIENTE DE CONTROL**

#### **1.1. Filosofía de la Dirección**

**La filosofía y estilo de la Dirección comprende la conducta y actitudes que deben caracterizar a la gestión de la entidad con respecto del control interno. Debe tender a establecer un ambiente de confianza positivo y de apoyo hacia el control interno, por medio de una actitud abierta hacia el aprendizaje y las innovaciones, la transparencia en la toma de decisiones, una conducta orientada hacia los valores y la ética, así como una clara determinación hacia la medición objetiva del desempeño, entre otros.**

Comentarios:

- 01 La filosofía de la Dirección refleja una actitud de apoyo permanente hacia el control interno y el logro de sus objetivos, actuando con independencia, competencia y liderazgo, y estableciendo un código de ética y criterios de evaluación del desempeño.
- 02 El titular o funcionario designado debe evaluar y supervisar continuamente el funcionamiento adecuado del control interno en la entidad y transmitir a todos los niveles de la entidad, de manera explícita y permanente, su compromiso con el mismo.

- 03 El titular o funcionario designado debe hacer entender al personal la importancia de la responsabilidad de ejercer y ejecutar los controles internos, ya que cada miembro cumple un rol importante dentro de la entidad. También debe lograr que éstas sean asumidas con seriedad e incentivar una actitud positiva hacia el control interno.
- 04 El titular o funcionario designado debe propiciar un ambiente que motive la propuesta de medidas que contribuyan al perfeccionamiento del control interno y al desarrollo de la cultura de control institucional.
- 05 El titular o funcionario designado debe facilitar, promover, reconocer y valorar los aportes del personal estimulando la mejora continua en los procesos de la entidad.
- 06 El titular o funcionario designado debe integrar el control interno a todos los procesos, actividades y tareas de la entidad. A este propósito contribuye el ambiente de confianza entre el personal, derivado de la difusión de la información necesaria, la adecuada comunicación y las técnicas de trabajo participativo y en equipo.
- 07 El ambiente de confianza incluye la existencia de mecanismos que favorezcan la retroalimentación permanente para la mejora continua. Esto implica que todo asunto que interfiera con el desempeño organizacional, de los procesos, actividades y tareas pueda ser detectado y transmitido oportunamente para su corrección oportuna.
- 08 El titular y funcionarios de la entidad, a través de sus actitudes y acciones, deben promover las condiciones necesarias para el establecimiento de un ambiente de confianza.

## 1.2. Integridad y valores éticos

**La integridad y valores éticos del titular, funcionarios y servidores determinan sus preferencias y juicios de valor, los que se traducen en normas de conducta y estilos de gestión. El titular o funcionario designado y demás empleados deben mantener una actitud de apoyo permanente hacia el control interno con base en la integridad y valores éticos establecidos en la entidad.**

Comentarios:

- 01 Los principios y valores éticos son fundamentales para el ambiente de control de las entidades. Debido a que éstos rigen la conducta de los individuos, sus acciones deben ir más allá del solo cumplimiento de las leyes, decretos, reglamentos y otras disposiciones normativas.
- 02 El titular o funcionario designado debe incorporar estos principios y valores como parte de la cultura organizacional, de manera que subsistan a los cambios de las personas que ocupan temporalmente los cargos en una entidad. También debe contribuir a su fortalecimiento en el marco de la vida institucional y su entorno.
- 03 El titular o funcionario designado juega un rol determinante en el establecimiento de una cultura basada en valores, que con su ejemplo, contribuirá a fortalecer el ambiente de control.
- 04 La demostración y la persistencia en un comportamiento ético por parte del titular y los funcionarios es de vital importancia para los objetivos del control interno.

## 1.3. Administración estratégica

**Las entidades del Estado requieren la formulación sistemática y positivamente correlacionada con los planes estratégicos y objetivos para su administración y control efectivo, de los cuales se derivan la programación de operaciones y sus metas asociadas, así como su expresión en unidades monetarias del presupuesto anual.**

Comentarios:

- 01 Se entiende por administración estratégica al proceso de planificar, con componentes de visión, misión, metas y objetivos estratégicos. En tal sentido, toda entidad debe buscar tender a la elaboración de sus planes estratégicos y operativos gestionándolos. En una entidad sin administración estratégica, el control interno carecería de sus fundamentos más importantes y sólo se limitaría a la verificación del cumplimiento de ciertos aspectos formales.
- 02 El análisis de la situación y del entorno debe considerar, entre otros elementos de análisis, los resultados alcanzados, las causas que explican los desvíos con respecto de lo programado, la identificación de las demandas actuales y futuras de la ciudadanía.
- 03 Los productos de las actividades de formulación, cumplimiento, seguimiento y evaluación deben estar formalizadas en documentos debidamente aprobados y autorizados, con arreglo a la normativa vigente respectiva. El titular o funcionario designado debe difundir estos documentos tanto dentro de la entidad como a la ciudadanía en general.

#### 1.4. Estructura organizacional

**El titular o funcionario designado debe desarrollar, aprobar y actualizar la estructura organizativa en el marco de eficiencia y eficacia que mejor contribuya al cumplimiento de sus objetivos y a la consecución de su misión.**

Comentarios:

- 01 La determinación la estructura organizativa debe estar precedida de un análisis que permita elegir la que mejor contribuya al logro de los objetivos estratégicos y los objetivos de los planes operativos anuales. Para ello debe analizarse, entre otros: (i) la eficacia de los procesos operativos, (ii) la velocidad de respuesta de la entidad frente a cambios internos y externos, (iii) la calidad y naturaleza de los productos o servicios brindados, (iv) la satisfacción de los clientes, usuarios o ciudadanía, (v) la identificación de necesidades y recursos para las operaciones futuras, (vi) las unidades orgánicas o áreas existentes, y (vii) los canales de comunicación y coordinación, informales, formales y multidireccionales que contribuyen a los ajustes necesarios de la estructura organizativa.
- 02 La determinación de la estructura organizativa debe traducirse en definiciones acerca de normas, procesos de programación de puestos y contratación del personal necesario para cubrir dichos puestos. Con respecto de los recursos materiales debe programarse la adquisición de bienes y contratación de servicios requeridos, así como la estructura de soporte para su administración, incluyendo la programación y administración de los recursos financieros.
- 03 Las entidades públicas, de acuerdo con la normativa vigente emitida por los organismos competentes, deben diseñar su estructura orgánica, la misma que no solo debe contener unidades sino también considerar los procesos, operaciones, tipo y grado de autoridad en relación con los niveles jerárquicos, canales y medios de comunicación, así como las instancias de coordinación interna e interinstitucional que resulten apropiadas. El resultado de toda esta labor debe formalizarse en manuales de procesos, de organización y funciones y organigramas.
- 04 La dimensión de la estructura organizativa estará en función de la naturaleza, complejidad y extensión de los procesos, actividades y tareas, en concordancia con la misión establecida en su ley de creación.

#### 1.5. Administración de los recursos humanos

**Es necesario que el titular o funcionario designado establezca políticas y procedimientos necesarios para asegurar una apropiada planificación y administración de los recursos**

**humanos de la entidad, de manera que se garantice el desarrollo profesional y asegure la transparencia, eficacia y vocación de servicio a la comunidad.**

Comentarios:

- 01 La eficacia del funcionamiento de los sistemas de control interno radica en el elemento humano. De allí la importancia del desempeño de cada uno de los miembros de la entidad y de cuán claro comprendan su rol en el cumplimiento de los objetivos. En efecto, la aplicación exitosa de las medidas, mecanismos y procedimientos de control implantados por la administración está sujeta, en gran parte, a la calidad del potencial del recurso humano con que se cuenta.
- 02 El titular o funcionario designado debe definir políticas y procedimientos adecuados que garanticen la correcta selección, inducción y desarrollo del personal. Las actividades de reclutamiento y contratación, que forman parte de la selección, deben llevarse a cabo de manera ética. En la inducción deben considerarse actividades de integración del recurso humano en relación con el nuevo puesto tanto en términos generales como específicos. En el desarrollo de personal se debe considerar la creación de condiciones laborales adecuadas, la promoción de actividades de capacitación y formación que permitan al personal aumentar y perfeccionar sus capacidades y habilidades, la existencia de un sistema de evaluación del desempeño objetivo, rendición de cuentas e incentivos que motiven la adhesión a los valores y controles institucionales.

## **1.6. Competencia profesional**

**El titular o funcionario designado debe reconocer como elemento esencial la competencia profesional del personal, acorde con las funciones y responsabilidades asignadas en las entidades del Estado.**

Comentarios:

- 01 La competencia incluye el conocimiento, capacidades y habilidades necesarias para ayudar a asegurar una actuación ética, ordenada, económica, eficaz y eficiente, al igual que un buen entendimiento de las responsabilidades individuales relacionadas con el control interno.
- 02 El titular o funcionario designado debe especificar, en los requerimientos de personal, el nivel de competencia requerido para los distintos niveles y puestos de la entidad, así como para las distintas tareas requeridas por los procesos que desarrolla la entidad.
- 03 El titular, funcionarios y demás servidores de la entidad deben mantener el nivel de competencia que les permita entender la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento de un buen control interno, y practicar sus deberes para poder alcanzar los objetivos de éste y la misión de la entidad.

## **1.7. Asignación de autoridad y responsabilidad**

**Es necesario asignar claramente al personal sus deberes y responsabilidades, así como establecer relaciones de información, niveles y reglas de autorización, así como los límites de su autoridad.**

Comentarios:

- 01 El titular o funcionario designado debe tomar las acciones necesarias para garantizar que el personal que labora en la entidad tome conocimiento de las funciones y autoridad asignadas al cargo que ocupan. Los funcionarios y servidores públicos tienen la responsabilidad de mantenerse actualizados en sus deberes y responsabilidades demostrando preocupación e interés en el desempeño de su labor.

- 02 La asignación de autoridad y responsabilidad debe estar definida y contenida en los documentos normativos de la entidad, los cuales deben ser de conocimiento del personal en general.
- 03 Todo el personal que labora en las entidades del Estado debe asumir sus responsabilidades en relación con las funciones y autoridad asignadas al cargo que ocupa. En este sentido, cada funcionario o servidor público es responsable de sus actos y debe rendir cuenta de los mismos.
- 04 El titular o funcionario designado debe establecer los límites para la delegación de autoridad hacia niveles operativos de los procesos y actividades propias de la entidad, en la medida en que ésta favorezca el cumplimiento de sus objetivos.
- 05 Toda delegación incluye la necesidad de autorizar y aprobar, cuando sea necesario, los resultados obtenidos como producto de la autoridad asignada.
- 06 Es necesario considerar que la delegación de autoridad no exime a los funcionarios y servidores públicos de la responsabilidad conferida como consecuencia de dicha delegación. Es decir, la autoridad se delega, en tanto que la responsabilidad se comparte.

## 1.8. Órgano de Control Institucional

**La existencia de actividades de control interno a cargo de la correspondiente unidad orgánica especializada denominada Órgano de Control Institucional, que debe estar debidamente implementada, contribuye de manera significativa al buen ambiente de control.**

Comentarios:

- 01 Los Órganos de Control Institucional realizan sus funciones de control gubernamental con arreglo a la normativa del SNC y sujetos a la supervisión de la CGR.
- 02 Los productos generados por el Órgano de Control Institucional no deben limitarse a evaluar los procesos de control vigentes, sino que deben extenderse a la identificación de necesidades u oportunidades de mejora en los demás procesos de la entidad, tales como aquellos relacionados con la confiabilidad de los registros y estados financieros, la calidad de los productos y servicios y la eficiencia de las operaciones, entre otros.
- 03 Cualquiera sea la conformación de los equipos de trabajo responsables de la evaluación del control interno, deben integrarse con miembros de comprobada competencia e idoneidad profesional.

## 2. NORMA GENERAL PARA EL COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS

**El componente evaluación de riesgos abarca el proceso de identificación y análisis de los riesgos a los que está expuesta la entidad para el logro de sus objetivos y la elaboración de una respuesta apropiada a los mismos. La evaluación de riesgos es parte del proceso de administración de riesgos, e incluye: planeamiento, identificación, valoración o análisis, manejo o respuesta y el monitoreo de los riesgos de la entidad.**

La administración de riesgos es un proceso que debe ser ejecutado en todas las entidades. El titular o funcionario designado debe asignar la responsabilidad de su ejecución a un área o unidad orgánica de la entidad. Asimismo, el titular o funcionario designado y el área o unidad orgánica designada deben definir la metodología, estrategias, tácticas y procedimientos para el proceso de administración de riesgos. Adicionalmente, ello no exime a que las demás áreas o unidades orgánicas, de acuerdo con la metodología, estrategias, tácticas y procedimientos definidos, deban identificar los eventos potenciales que pudieran afectar la adecuada ejecución de sus procesos, así como el logro de sus objetivos y los de la entidad, con el propósito de

mantenerlos dentro de margen de tolerancia que permita proporcionar seguridad razonable sobre su cumplimiento.

A través de la identificación y la valoración de los riesgos se puede evaluar la vulnerabilidad del sistema, identificando el grado en que el control vigente maneja los riesgos. Para lograr esto, se debe adquirir un conocimiento de la entidad, de manera que se logre identificar los procesos y puntos críticos, así como los eventos que pueden afectar las actividades de la entidad.

Dado que las condiciones gubernamentales, económicas, tecnológicas, regulatorias y operacionales están en constante cambio, la administración de los riesgos debe ser un proceso continuo.

Establecer los objetivos institucionales es una condición previa para la evaluación de riesgos. Los objetivos deben estar definidos antes que el titular o funcionario designado comience a identificar los riesgos que pueden afectar el logro de las metas y antes de ejecutar las acciones para administrarlos. Estos se fijan en el nivel estratégico, táctico y operativo de la entidad, que se asocian a decisiones de largo, mediano y corto plazo respectivamente.

Se debe poner en marcha un proceso de evaluación de riesgos donde previamente se encuentren definidos de forma adecuada las metas de la entidad, así como los métodos, técnicas y herramientas que se usarán para el proceso de administración de riesgos y el tipo de informes, documentos y comunicaciones que se deben generar e intercambiar.

También deben establecerse los roles, responsabilidades y el ambiente laboral para una efectiva administración de riesgos. Esto significa que se debe contar con personal competente para identificar y valorar los riesgos potenciales.

El control interno solo puede dar una seguridad razonable de que los objetivos de una entidad sean cumplidos. La evaluación del riesgo es un componente del control interno y juega un rol esencial en la selección de las actividades apropiadas de control que se deben llevar a cabo.

La administración de riesgos debe formar parte de la cultura de una entidad. Debe estar incorporada en la filosofía, prácticas y procesos de negocio de la entidad, más que ser vista o practicada como una actividad separada. Cuando esto se logra, todos en la entidad pasan a estar involucrados en la administración de riesgos.

#### Contenido

- 2.1. Planeamiento de la gestión de riesgos
- 2.2. Identificación de los riesgos
- 2.3. Valoración de los riesgos
- 2.4. Respuesta al riesgo.

### **NORMAS BÁSICAS PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS**

#### **2.1. Planeamiento de la administración de riesgos**

**Es el proceso de desarrollar y documentar una estrategia clara, organizada e interactiva para identificar y valorar los riesgos que puedan impactar en una entidad impidiendo el logro de los objetivos. Se deben desarrollar planes, métodos de respuesta y monitoreo de cambios, así como un programa para la obtención de los recursos necesarios para definir acciones en respuesta a riesgos.**

#### Comentarios:

- 01 Un evento es un incidente o acontecimiento derivado de fuentes internas o externas que afecta a la implementación de la estrategia o la consecución de objetivos. Los eventos pueden tener un impacto positivo, negativo o de ambos tipos a la vez. Cuando el impacto es positivo se le conoce como oportunidad, en tanto que si es negativo se le conoce como riesgo.

- 02 El riesgo se define como la posibilidad de que un evento ocurra y afecte de manera adversa el logro de los objetivos de la entidad, impidiendo la creación de valor o erosionando el valor existente. El riesgo combina la probabilidad de que ocurra un evento negativo con cuánto daño causaría (impacto).
- 03 El planeamiento de la administración de riesgos es un proceso continuo. Incluye actividades de identificación, análisis o valoración, manejo o respuesta y monitoreo y documentación de los riesgos.
- 04 En el planeamiento de los riesgos se desarrolla una estrategia de gestión, que incluye su proceso e implementación. Se establecen objetivos y metas, asignando responsabilidades para áreas específicas, identificando conocimientos técnicos adicionales necesarios, describiendo el proceso de evaluación de riesgos y las áreas a considerar, detallando indicadores de riesgos, delineando procedimientos para las estrategias del manejo, estableciendo métricas para el monitoreo y definiendo los reportes, documentos y las comunicaciones necesarios.
- 05 El planeamiento de la administración de riesgos puede ser específico en algunas áreas, como en la asignación de responsabilidades y en la definición del entrenamiento necesario que el personal debe tener para un mejor manejo y monitoreo de los riesgos, entre otros.
- 06 La administración apropiada de los riesgos tiende a reducir la probabilidad de la ocurrencia y del impacto negativo de éstos y muestra a la entidad cómo debe ir adaptándose a los cambios.

## 2.2. Identificación de los riesgos

**En la identificación de los riesgos se tipifican todos los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos de la entidad debido a factores externos o internos. Los factores externos incluyen factores económicos, medioambientales, políticos, sociales y tecnológicos. Los factores internos reflejan las selecciones que realiza la administración e incluyen la infraestructura, personal, procesos y tecnología.**

Comentarios:

- 01 La metodología de identificación de riesgos de una entidad puede comprender una combinación de técnicas vinculadas con herramientas de apoyo. Las técnicas de identificación de riesgos, deben tomar como base eventos y tendencias pasados así como técnicas de prospectiva en general.
- 02 Es útil agrupar en categorías los riesgos potenciales mediante la acumulación de los eventos que ocurren en una entidad en los procesos claves (estratégicos y operativos), en las actividades críticas, en las fuentes de información, en los ciclos de vida de diferentes procesos, en juicios de expertos, por contexto, entre otros. El titular y funcionarios deben desarrollar un entendimiento de las interrelaciones que existen entre los riesgos, no solo consiguiendo información detallada como base para su valoración, sino también realizando ejercicios de prospectiva, de manera que se vea plasmado en su gestión.
- 03 El proceso de identificación de riesgos debe tener como entradas tanto la experiencia de la entidad en materia de impactos derivados de hechos ocurridos como futuros.
- 04 La técnica denominada Juicio de Expertos no solo es aplicable a la identificación de riesgos, sino también a la ejecución de pronósticos y a la toma de decisiones. Las más usadas son el método Delphi y la técnica del Grupo Nominal.
- 05 Se debe identificar los eventos externos e internos que afectan o puedan afectar a la entidad. Dichos eventos, si ocurren, tienen un impacto positivo, negativo o una

combinación de ambos. Por lo tanto, los eventos con signo negativo representan riesgos y requieren de evaluación y respuesta por parte del órgano competente de la entidad. De otro lado, los eventos con signo positivo representan oportunidades y compensan los impactos negativos de los riesgos. En términos generales, una fuente de identificación son los análisis de fortalezas-oportunidades-debilidades-amenazas que realizan las entidades como parte del proceso de planeamiento estratégico, en tanto éstos hayan sido correctamente elaborados.

### 2.3. Valoración de los riesgos

**El análisis o valoración del riesgo le permite a la entidad considerar cómo los riesgos potenciales pueden afectar el logro de sus objetivos. Se inicia con un estudio detallado de los temas puntuales sobre riesgos que se hayan decidido evaluar. El propósito es obtener la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, tiempo, respuesta y consecuencias.**

Comentarios:

- 01 La administración debe valorar los riesgos a partir de dos perspectivas: probabilidad e impacto. Probabilidad representa la posibilidad de ocurrencia, mientras que el impacto representa el efecto debido a su ocurrencia. Estos estimados se determinan usando tanto datos de eventos pasados observados, los cuales pueden proveer una base objetiva en comparación con los estimados subjetivos, como técnicas prospectivas.
- 02 La metodología de análisis o valoración del riesgo de una entidad debe normalmente comprender una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. Las técnicas cualitativas consisten en la evaluación de la prioridad de los riesgos identificados usando como criterios la probabilidad de ocurrencia, el impacto de la materialización de los riesgos sobre los objetivos, además de otros factores tales como la tolerancia al riesgo y costos, entre otros. La administración a menudo usa técnicas cualitativas de valoración cuando los riesgos no son cuantificables o cuando el uso de datos no son verificables. Las técnicas cuantitativas son usadas para analizar numéricamente el efecto de los riesgos identificados en los objetivos. La selección de las técnicas debe reflejar el nivel de precisión requerido y la cultura de la unidad de negocios.
- 03 La administración debe usar métricas de desempeño para determinar en qué medida se están logrando los objetivos. Puede ser útil usar la misma unidad de medida cuando se considera el impacto potencial de un riesgo para el logro de un objetivo específico. La entidad puede valorar la manera cómo los riesgos se correlacionan positivamente, combinan e interactúan para crear probabilidades o impactos significativamente diferentes. Si bien el impacto individual puede ser bajo, una correlación positiva de éstos puede tener impacto mayor. Cuando los riesgos no están positivamente correlacionados, la administración los valora individualmente; cuando es probable que éstos ocurran en múltiples unidades de negocio, la gestión puede valorarlos y agruparlos en categorías comunes.  
  
Usualmente existe un rango de resultados posibles que se asocian con un riesgo, y la gestión los considera como base para desarrollar una respuesta.
- 04 Se debe estimar la frecuencia con que se presentarán los riesgos identificados, cuantificar la probable pérdida que pueden ocasionar y calcular el impacto que pueden tener en la satisfacción de los usuarios del servicio. De este análisis, se derivarán los objetivos específicos de control y las actividades asociadas para minimizar los efectos de los riesgos identificados como relevantes.
- 05 Los métodos utilizados para determinar la importancia relativa de los riesgos pueden ser diversos, debiendo considerar al menos una estimación de su frecuencia, probabilidad de ocurrencia y una cuantificación de los efectos resultantes o impacto.

## 2.4. Respuesta al riesgo

**La administración identifica las opciones de respuesta al riesgo considerando la probabilidad y el impacto en relación con la tolerancia al riesgo y su relación costo-beneficio. La consideración del manejo del riesgo y la selección e implementación de una respuesta son parte integral de la administración de los riesgos.**

Comentarios:

- 01 Una parte crítica de esta etapa es la estrategia de respuesta a los riesgos. Este proceso consiste en la selección de la opción más apropiada en su manejo (evitarlos, reducirlos, compartarlos y aceptarlos) y su debida implementación (a menudo aquellos con niveles de medio y alto riesgo).
- 02 Las respuestas al riesgo son evitar, reducir, compartir y aceptar. Evitar el riesgo implica el prevenir las actividades que los originan. La reducción incluye los métodos y técnicas específicas para lidiar con ellos, identificándolos y proveyendo una acción para la reducción de su probabilidad e impacto. El compartirlo reduce la probabilidad o el impacto mediante la transferencia u otra manera de compartir una parte del riesgo. La aceptación no realiza acción alguna para afectar la probabilidad o el impacto. Como parte de la administración de riesgos, la entidad considera para cada riesgo significativo las respuestas potenciales a partir del rango de respuestas. Esto da profundidad suficiente para seleccionar la respuesta y modificar su "status quo".
- 03 La administración de la entidad considera el riesgo como un todo y puede asumir un enfoque mediante el cual el responsable de cada unidad desarrolla una valoración compuesta de los riesgos y de las respuestas para esa unidad. Este punto de vista refleja el perfil de la unidad en relación con sus objetivos y sus tolerancias al riesgo.
- 04 La administración, luego de seleccionar una respuesta, vuelve a medir el riesgo sobre una base residual. Asimismo, debe reconocer que siempre existirá algún nivel de riesgo residual no solo porque los recursos son limitados, sino también por causa de la incertidumbre futura inherente y las limitaciones propias de todas las actividades.

## 3. NORMA GENERAL PARA EL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL

**El componente actividades de control gerencial comprende políticas y procedimientos establecidos para asegurar que se están llevando a cabo las acciones necesarias en la administración de los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad, contribuyendo a asegurar el cumplimiento de estos.**

El titular o funcionario designado debe establecer una política de control que se traduzca en un conjunto de procedimientos documentados que permitan ejercer las actividades de control.

Los procedimientos son el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento sistémico de las tareas requeridas para cumplir con las actividades y procesos de la entidad. Los procedimientos establecen los métodos para realizar las tareas y la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

Las actividades de control gerencial tienen como propósito posibilitar una adecuada respuesta a los riesgos de acuerdo con los planes establecidos para evitar, reducir, compartir y aceptar los riesgos identificados que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad. Con este propósito, las actividades de control deben enfocarse hacia la administración de aquellos riesgos que puedan causar perjuicios a la entidad.

Las actividades de control gerencial se dan en todos los procesos, operaciones, niveles y funciones de la entidad. Incluyen un rango de actividades de control de detección y prevención tan diversas como: procedimientos de aprobación y autorización, verificaciones, controles

sobre el acceso a recursos y archivos, conciliaciones, revisión del desempeño de operaciones, segregación de responsabilidades, revisión de procesos y supervisión.

Para ser eficaces, las actividades de control gerencial deben ser adecuadas, funcionar consistentemente de acuerdo con un plan y contar con un análisis de costo-beneficio. Asimismo, deben ser razonables, entendibles y estar relacionadas directamente con los objetivos de la entidad.

#### Contenido

- 3.1. Procedimientos de autorización y aprobación
- 3.2. Segregación de funciones
- 3.3. Evaluación costo-beneficio
- 3.4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos
- 3.5. Verificaciones y conciliaciones
- 3.6. Evaluación de desempeño
- 3.7. Rendición de cuentas
- 3.8. Revisión de procesos, actividades y tareas
- 3.9. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC).

### **NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE CONTROL GERENCIAL**

#### **3.1. Procedimientos de autorización y aprobación**

**La responsabilidad por cada proceso, actividad o tarea organizacional debe ser claramente definida, específicamente asignada y formalmente comunicada al funcionario respectivo. La ejecución de los procesos, actividades, o tareas debe contar con la autorización y aprobación de los funcionarios con el rango de autoridad respectivo.**

#### Comentarios:

- 01 La autorización para la ejecución de procesos, actividades o tareas debe ser realizada sólo por personas que tengan el rango de autoridad competente. Las instrucciones que se imparten a todos los funcionarios de la institución deben darse principalmente por escrito u otro medio susceptible de ser verificado y formalmente establecido. La autorización es el principal medio para asegurar que las actividades válidas sean ejecutadas según las intenciones del titular o funcionario designado. Los procedimientos de autorización deben estar documentados y ser claramente comunicados a los funcionarios y servidores públicos. Asimismo, deben incluir condiciones y términos, de tal manera que los empleados actúen en concordancia con dichos términos y dentro de las limitaciones establecidas por el titular o funcionario designado o normativa respectiva.
- 02 La aprobación consiste en el acto de dar conformidad o calificar positivamente, por escrito u otro medio susceptible de ser verificado y formalmente establecido, los resultados de los procesos, actividades o tareas con el propósito que éstos puedan ser emitidos como productos finales o ser usados como entradas en otros procesos. Los procedimientos de aprobación deben estar documentados y ser claramente comunicados a los funcionarios y servidores públicos.

#### **3.2. Segregación de funciones**

**La segregación de funciones en los cargos o equipos de trabajo debe contribuir a reducir los riesgos de error o fraude en los procesos, actividades o tareas. Es decir, un solo cargo o equipo de trabajo no debe tener el control de todas las etapas clave en un proceso, actividad o tarea.**

#### Comentarios:

- 01 Las funciones deben establecerse sistemáticamente a un cierto número de cargos para asegurar la existencia de revisiones efectivas. Las funciones asignadas deben incluir autorización, procesamiento, revisión, control, custodia, registro de operaciones y archivo de la documentación.
- 02 La segregación de funciones debe estar asignada en función de la naturaleza y volumen de operaciones de la entidad.
- 03 La rotación de funcionarios o servidores públicos puede ayudar a evitar la colusión ya que impide que una persona sea responsable de aspectos claves por un excesivo período de tiempo.

### **3.3. Evaluación costo-beneficio**

**El diseño e implementación de cualquier actividad o procedimiento de control deben ser precedidos por una evaluación de costo-beneficio considerando como criterios la factibilidad y la conveniencia en relación con el logro de los objetivos, entre otros.**

Comentarios:

- 01 Debe considerarse como premisa básica que el costo de establecer un control no supere el beneficio de él se pueda obtener. Para ello la evaluación de los controles debe hacerse a través de dos criterios: factibilidad y conveniencia.
- 02 La factibilidad tiene que ver con la capacidad de la entidad de implantar y aplicar el control eficazmente, lo que está determinado, fundamentalmente, por su disponibilidad de recursos, incluyendo personal con capacidad para ejecutar los procedimientos y medidas del caso y obtener los objetivos de control pretendidos.
- 03 La conveniencia se relaciona con los beneficios esperados en comparación con los recursos invertidos, y con la necesidad de que los controles se acoplen de manera natural a los procesos, actividades y tareas de los empleados y se conviertan en parte de ellos.
- 04 Revisar y actualizar periódicamente los controles existentes de manera que satisfagan los criterios de factibilidad y conveniencia.

### **3.4. Controles sobre el acceso a los recursos o archivos**

**El acceso a los recursos o archivos debe limitarse al personal autorizado que sea responsable por la utilización o custodia de los mismos. La responsabilidad en cuanto a la utilización y custodia debe evidenciarse a través del registro en recibos, inventarios o cualquier otro documento o medio que permita llevar un control efectivo sobre los recursos o archivos.**

Comentarios:

- 01 El acceso a los recursos y archivos se da de dos maneras: (i) autorización para uso y (ii) autorización de custodia.
- 02 La restricción de acceso a los recursos reduce el riesgo de la utilización no autorizada o pérdida. El grado de restricción depende de la vulnerabilidad de los recursos y el riesgo percibido de pérdida o utilización indebida. Asimismo, deben evaluarse periódicamente estos riesgos. Por otro lado, para determinar la vulnerabilidad de un recurso se debe considerar su costo, portabilidad y posibilidad de cambio.

### 3.5. Verificaciones y conciliaciones

**Los procesos, actividades o tareas significativos deben ser verificados antes y después de realizarse, así como también deben ser finalmente registrados y clasificados para su revisión posterior.**

Comentarios:

- 01 Las verificaciones y conciliaciones de los registros contra las fuentes respectivas deben realizarse periódicamente para determinar y enmendar cualquier error u omisión que se haya cometido en el procesamiento de los datos.
- 02 Deben también realizarse verificaciones y conciliaciones entre los registros de una misma unidad, entre éstos y los de distintas unidades, así como contra los registros generales de la institución y los de terceros ajenos a ésta, con la finalidad de establecer la veracidad de la información contenida en los mismos. Dichos registros están referidos a la información operativa, financiera, administrativa y estratégica propia de la institución.

### 3.6. Evaluación de desempeño

**Se debe efectuar una evaluación permanente de la gestión tomando como base regular los planes organizacionales y las disposiciones normativas vigentes, para prevenir y corregir cualquier eventual deficiencia o irregularidad que afecte los principios de eficiencia, eficacia, economía y legalidad aplicables.**

Comentarios:

- 01 La administración, independientemente del nivel jerárquico o funcional, debe vigilar y evaluar la ejecución de los procesos, actividades, tareas y operaciones, asegurándose que se observen los requisitos aplicables (jurídicos, técnicos y administrativos; de origen interno y externo) para prevenir o corregir desviaciones. Durante la evaluación del desempeño, los indicadores establecidos en los planes estratégicos y operativos deben aplicarse como puntos de referencia.
- 02 La evaluación del desempeño permite generar conciencia sobre los objetivos y beneficios derivados del logro de los resultados organizacionales, tanto dentro de la institución como hacia la colectividad. Asimismo, la retroalimentación obtenida con respecto al cumplimiento de los planes permite conocer si es necesario modificarlos. Esto último con el objetivo de fortalecer a la entidad y enfrentar cualquier riesgo existente, así como prever cualquier otro que pueda presentarse en el futuro.
- 03 La evaluación de desempeño de la gestión debe constituir una herramienta necesaria que requiere ser formalizada a través de regulaciones internas, debiendo definirse y formalizarse en documentos de carácter institucional.
- 04 Una medida de evaluación del desempeño en cuanto a procesos u operaciones lo pueden brindar los indicadores. Estos constituyen una herramienta para evaluar el logro de los objetivos y metas y asegurar el adecuado funcionamiento del sistema a través de la aplicación de las actividades de control de control gerencial destinadas a minimizar los riesgos de la entidad. A partir de estos indicadores se puede diseñar un sistema de alerta temprano que permita identificar con anticipación los factores que pueden afectar el logro de objetivos y metas, cuantificando su incidencia.

### 3.7. Rendición de cuentas

**La entidad, los titulares, funcionarios y servidores públicos están obligados a rendir cuentas por el uso de los recursos y bienes del Estado, el cumplimiento misional y de los objetivos institucionales, así como el logro de los resultados esperados, para cuyo**

**efecto el sistema de control interno establecido deberá brindar la información y el apoyo pertinente.**

Comentarios:

- 01 En cumplimiento de la normativa establecida y como correlato a sus responsabilidades por la administración y uso de recursos y bienes de la entidad, los funcionarios y servidores públicos deben estar preparados en todo momento para cumplir con su obligación periódica de rendir cuentas ante la instancia correspondiente, respecto al uso de los recursos y bienes del Estado.
- 02 El sistema de control interno debe servir como fuente y respaldo de la información necesaria, que refuerza y apoya el compromiso por la oportuna rendición de cuentas mediante la implementación de medidas y procedimientos de control.

### **3.8. Documentación de procesos, actividades y tareas**

**Los procesos, actividades y tareas deben estar debidamente documentados para asegurar su adecuado desarrollo de acuerdo con los estándares establecidos, facilitar la correcta revisión de los mismos y garantizar la trazabilidad de los productos o servicios generados.**

- 01 Los procesos, actividades y tareas que toda entidad desarrolla deben ser claramente entendidos y estar correctamente definidos de acuerdo con los estándares establecidos por el titular o funcionario designado, para así garantizar su adecuada documentación. Dicha documentación comprende también los registros generados por los controles establecidos, como consecuencia de hechos significativos que se produzcan en los procesos, actividades y tareas, debiendo considerarse como mínimo la descripción de los hechos sucedidos, el efecto o impacto, las medidas adoptadas para su corrección y los responsables en cada caso.
- 02 Cualquier modificación en los procesos, actividades y tareas producto de mejoras o cambios en las normativas y estándares deben reflejarse en una actualización de la documentación respectiva.
- 03 La documentación correspondiente a los procesos, actividades y tareas de la entidad deben estar disponibles para facilitar la revisión de los mismos.
- 04 La documentación de los procesos, actividades y tareas debe garantizar una adecuada transparencia en la ejecución de los mismos, así como asegurar el rastreo de las fuentes de defectos o errores en los productos o servicios generados (trazabilidad).

### **3.9. Revisión de procesos, actividades y tareas**

**Los procesos, actividades y tareas deben ser periódicamente revisados para asegurar que cumplen con los reglamentos, políticas, procedimientos vigentes y demás requisitos. Este tipo de revisión en una entidad debe ser claramente distinguido del seguimiento del control interno.**

Comentarios:

- 01 Las revisiones periódicas de los procesos, actividades y tareas deben proporcionar seguridad de que éstos se estén desarrollando de acuerdo con lo establecido en los reglamentos, políticas y procedimientos, así como asegurar la calidad de los productos y servicios entregados por las entidades. Caso contrario se debe detectar y corregir oportunamente cualquier desviación con respecto a lo planeado.
- 02 Las revisiones periódicas de los procesos, actividades y tareas deben brindar la oportunidad de realizar propuestas de mejora en éstos con la finalidad de obtener una mayor eficacia y eficiencia, y así contribuir a la mejora continua en la entidad.

### 3.10. Controles para las Tecnologías de la Información y Comunicaciones

La información de la entidad es provista mediante el uso de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC). Las TIC abarcan datos, sistemas de información, tecnología asociada, instalaciones y personal. Las actividades de control de las TIC incluyen controles que garantizan el procesamiento de la información para el cumplimiento misional y de los objetivos de la entidad, debiendo estar diseñados para prevenir, detectar y corregir errores e irregularidades mientras la información fluye a través de los sistemas.

Comentarios:

- 01 Los controles generales los conforman la estructura, políticas y procedimientos que se aplican a las TIC de la entidad y que contribuyen a asegurar su correcta operatividad. Los principales controles deben establecerse en:
  - Sistemas de seguridad de planificación y gestión de la entidad en los cuales los controles de los sistemas de información deben aplicarse en las secciones de desarrollo, producción y soporte técnico
  - Segregación de funciones
  - Controles de acceso general, es decir, seguridad física y lógica de los equipos centrales
  - Continuidad en el servicio.
  
- 02 Para la puesta en funcionamiento de las TIC, la entidad debe diseñar controles en las siguientes etapas :
  - (i) Definición de los recursos
  - (ii) Planificación y organización
  - (iii) Requerimiento y salida de datos o información
  - (iv) Adquisición e implementación
  - (v) Servicios y soporte
  - (vi) Seguimiento y monitoreo.
  
- 03 La segregación de funciones implica que las políticas, procedimientos y estructura organizacional estén establecidos para prevenir que una persona controle los aspectos clave de las operaciones de los sistemas, pudiendo así conducir a acciones no autorizadas u obtener acceso indebido a los recursos de información.
  
- 04 El control del desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información provee la estructura para el desarrollo seguro de nuevos sistemas y la modificación de los existentes, incluyendo las carpetas de documentación de estos. Se requiere definir mecanismos de autorización para la realización de proyectos, revisiones, pruebas y aprobaciones para actividades de desarrollo y modificaciones previas a la puesta en operación de los sistemas. Las decisiones sobre desarrollo propio o adquisición de software deben considerar la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios así como el aseguramiento de su operabilidad.
  
- 05 Los controles de aplicación incluyen la implementación de controles para el ingreso de datos, proceso de transformación y salida de información, ya sea por medios físicos o electrónicos. Los controles deben estar implementados en los siguientes procesos:
  - Controles para el área de desarrollo:
    - En el requerimiento, análisis, desarrollo, pruebas, pase a producción, mantenimiento y cambio en la aplicación del software
    - En el aseguramiento de datos fuente por medio de accesos a usuarios internos del área de sistemas

- En la salida interna y externa de datos, por medio de documentación en soporte físico o electrónico o por medio de comunicaciones a través de publicidad y página Web
  - Controles para el área de producción:
    - En la seguridad física, por medio de restricciones de acceso a la sala de cómputo y procesamiento de datos, a las redes instaladas, así como al respaldo de la información (backup)
    - En la seguridad lógica, por medio de la creación de perfiles de acuerdo con las funciones de los empleados, creación de usuarios con accesos propios (contraseñas) y relación de cada usuario con el perfil correspondiente
  - Controles para el área de soporte técnico, en el mantenimiento de máquinas (hardware), licencias (software), sistemas operativos, utilitarios (antivirus) y bases de datos. Los controles de seguridad deben proteger al sistema en general y las comunicaciones cuando aplique, como por ejemplo redes instaladas, intranet y correos electrónicos.
- 06 El control específico de las actividades incluye el cambio frecuente de contraseñas y demás mecanismos de acceso que deben limitarse según niveles predeterminados de autorización en función de las responsabilidades de los usuarios. Es importante el control sobre el uso de contraseñas, cuidando la anulación de las asignadas a personal que se desvincule de las funciones.
- 07 Para el adecuado ambiente de control en los sistemas informáticos, se requiere que éstos sean preparados y programados con anticipación para mantener la continuidad del servicio. Para ello se debe elaborar, mantener y actualizar periódicamente un plan de contingencia debidamente autorizado y aprobado por el titular o funcionario designado donde se estipule procedimientos previstos para la recuperación de datos con el fin de afrontar situaciones de emergencia.
- 08 El programa de planificación y administración de seguridad provee el marco y establece el ciclo continuo de la administración de riesgos para las TIC, desarrollando políticas de seguridad, asignando responsabilidades y realizando el seguimiento de la correcta operación de los controles.

#### **4. NORMA GENERAL PARA EL COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

**Se entiende por el componente de información y comunicación, los métodos, procesos, canales, medios y acciones que, con enfoque sistémico y regular, aseguren el flujo de información en todas las direcciones con calidad y oportunidad. Esto permite cumplir con las responsabilidades individuales y grupales.**

La información no solo se relaciona con los datos generados internamente, sino también con sucesos, actividades y condiciones externas que deben traducirse a la forma de datos o información para la toma de decisiones. Asimismo, debe existir una comunicación efectiva en sentido amplio a través de los procesos y niveles jerárquicos de la entidad.

La comunicación es inherente a los sistemas de información, siendo indispensable su adecuada transmisión al personal para que pueda cumplir con sus responsabilidades.

##### Contenido

- 4.1. Funciones y características de la información
- 4.2. Información y responsabilidad
- 4.3. Calidad y suficiencia de la información
- 4.4. Sistemas de información
- 4.5. Flexibilidad al cambio
- 4.6. Archivo institucional
- 4.7. Comunicación interna
- 4.8. Comunicación externa

4.9. Canales de comunicación.

## **NORMAS BÁSICAS PARA LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

### **4.1. Funciones y características de la información**

**La información es resultado de las actividades operativas, financieras y de control provenientes del interior o exterior de la entidad. Debe transmitir una situación existente en un determinado momento reuniendo las características de confiabilidad, oportunidad y utilidad con la finalidad que el usuario disponga de elementos esenciales en la ejecución de sus tareas operativas o de gestión.**

Comentarios:

- 01 La información debe ser fidedigna con los hechos que describe. En este sentido, para que la información resulte representativa debe satisfacer requisitos de oportunidad, accesibilidad, integridad, precisión, certidumbre, racionalidad, actualización y objetividad.
- 02 Los flujos de información deben ser coherentes con la naturaleza de las operaciones y decisiones que se adopten en cada nivel organizacional. Por ello debe distinguirse que en los niveles inferiores generalmente se realizan actividades programadas que requieren información de carácter operacional. En cambio, en la medida que se asciende en los niveles, se requiere disponer de otro tipo de información orientada al logro de los objetivos estratégicos y de gestión. Por ello requiere ser seleccionada, analizada, evaluada y sintetizada para reducir los grados de incertidumbre que caracterizan a la actividad gerencial en la toma de decisiones, reflejada en la elección de diversas alternativas posibles.
- 03 La información debe ser usada para la creación de conocimiento en la entidad, siendo necesario el establecimiento de un sistema de gestión del conocimiento que permita el aprendizaje organizacional y la mejora continua.

### **4.2. Información y responsabilidad**

**La información debe permitir a los funcionarios y servidores públicos cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. Los datos pertinentes deben ser captados, identificados, seleccionados, registrados, estructurados en información y comunicados en tiempo y forma oportuna.**

Comentarios:

- 01 El titular y funcionarios deben entender la importancia del rol que desempeñan los sistemas de información para el correcto desarrollo de sus deberes, mostrando una actitud comprometida hacia éstos. Esta actitud debe traducirse en acciones concretas como la asignación de recursos suficientes para su funcionamiento eficaz y otras que evidencien la atención que se le otorga.
- 02 La obtención y clasificación de la información deben operarse de manera de garantizar la adecuada oportunidad de su divulgación a las personas competentes de la entidad, propiciando que las acciones o decisiones que se sustenten en la misma cumplan apropiadamente su finalidad.

### **4.3. Calidad y suficiencia de la información**

**El titular o funcionario designado debe asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, pertinencia y oportunidad de la información que se genere y comunique. Para ello se debe diseñar, evaluar e implementar mecanismos necesarios que aseguren las características con las que debe contar toda información útil como parte del sistema de control interno.**

Comentarios:

- 01 La información es fundamental para la toma de decisiones como parte de la administración de cualquier entidad. Por esa razón, en el sistema de información se debe considerar mecanismos y procedimientos coherentes que aseguren que la información procesada presente un alto grado de calidad. También debe contener el detalle adecuado según las necesidades de los distintos niveles organizacionales, poseer valor para la toma de decisiones, así como ser oportuna, actual y fácilmente accesible para las personas que la requieran.
- 02 La información debe ser generada en cantidad suficiente y conveniente. Es decir debe disponerse de la información necesaria para la toma de decisiones, evitando manejar volúmenes que superen lo requerido.

#### 4.4. Sistemas de información

**Los sistemas de información diseñados e implementados por la entidad constituyen un instrumento para el establecimiento de las estrategias organizacionales y, por ende, para el logro de los objetivos y las metas. Por ello deberá ajustarse a las características, necesidades y naturaleza de la entidad. De este modo, el sistema de información provee la información como insumo para la toma de decisiones, facilitando y garantizando la transparencia en la rendición de cuentas.**

Comentarios:

- 01 La entidad debe implementar sistemas de información que se adecuen a la estrategia global y a la naturaleza de las operaciones de la entidad, pudiendo ser informáticos, manuales o una combinación de ambos.
- 02 Pueden orientarse al manejo, preparación y presentación de la información económica, financiera, contable, presupuestaria y operacional, entre otras de manera imparcial y objetiva. Deben estar en posibilidad de brindar información con respecto a:
  - Misión, planes, objetivos, normas y metas institucionales
  - Programación, ejecución y evaluación de actividades, con expresiones monetarias y físicas
  - Niveles alcanzados en el logro de los objetivos estratégicos y operativos
  - Estados de situación económica, contable y financiera por períodos y expuestos comparativamente
  - Gestión administrativa, presupuestal y logística de la entidad, en consonancia con la normativa sobre transparencia fiscal y acceso público a la información
  - Otros requerimientos específicos de orden legal, técnico u operativo.
- 03 Los sistemas de información deben estar orientados a integrar las operaciones de la entidad, de preferencia y dependiendo del caso en tiempo real. La calidad de los sistemas de información debe asegurarse por medio de la elaboración de procedimientos documentados.

#### 4.5. Flexibilidad al cambio

**Los sistemas de información deben ser revisados periódicamente, y de ser necesario, rediseñados cuando se detecten deficiencias en sus procesos y productos. Cuando la entidad cambie objetivos y metas, estrategia, políticas y programas de trabajo, entre otros, debe considerarse el impacto en los sistemas de información para adoptar las acciones necesarias.**

Comentarios:

- 01 La revisión de los sistemas de información debe llevarse a cabo periódicamente con el fin de detectar deficiencias en sus procesos y productos y cuando ocurren cambios drásticos en el entorno o en el ambiente interno de la entidad. En consecuencia, producto de la evaluación realizada se debe decidir por efectuar cambios en sus partes u optar por el rediseño del sistema.
- 02 La flexibilidad al cambio debe considerar en forma oportuna situaciones referentes a:
  - Cambios en la normativa que alcance a la entidad
  - Opiniones, reclamos, necesidades e inquietudes de los clientes o usuarios sobre el servicio que se les proporciona.

#### **4.6. Archivo institucional**

**El titular o funcionario designado debe establecer y aplicar políticas y procedimientos de archivo adecuados para la preservación y conservación de los documentos e información de acuerdo con su utilidad o por requerimiento técnico o jurídico, tales como los informes y registros contables, administrativos y de gestión, entre otros, incluyendo las fuentes de sustento.**

Comentarios:

- 01 La importancia del mantenimiento de archivos institucionales se pone de manifiesto en la necesidad de contar con evidencia sobre la gestión para una adecuada rendición de cuentas.
- 02 Corresponde a la administración establecer los procedimientos y las políticas que deben observarse en la conservación y mantenimiento de archivos electrónicos, magnéticos y físicos según el caso, con base en las disposiciones técnicas y jurídicas que emiten los órganos competentes y que apoyen los elementos del sistema de control interno.

#### **4.7. Comunicación interna**

**La comunicación interna es el flujo de mensajes dentro de una red de relaciones interdependientes que fluye hacia abajo, a través de y hacia arriba de la estructura de la entidad, con la finalidad de obtener un mensaje claro y eficaz. Asimismo debe servir de control, motivación y expresión de los usuarios.**

Comentarios:

- 01 La comunicación interna debe estar orientada a establecer un conjunto de técnicas y actividades para facilitar y agilizar el flujo de mensajes entre los miembros de la entidad y su entorno o influir en las opiniones, actitudes y conductas de los clientes o usuarios internos de la entidad, todo ello con el fin de que se cumplan los objetivos.
- 02 Es importante establecer buenas relaciones entre el personal de las áreas que componen la entidad, definiendo misiones, responsabilidades y roles con la finalidad de emitir un mensaje adecuado y claro.
- 03 La política de comunicaciones debe permitir las diferentes interacciones entre los funcionarios y servidores públicos, cualesquiera sean los roles que desempeñen, así como entre las áreas y unidades orgánicas en general.

#### **4.8. Comunicación externa**

**La comunicación externa de la entidad debe orientarse a asegurar que el flujo de mensajes e intercambio de información con los clientes, usuarios y ciudadanía en**

**general, se lleve a cabo de manera segura, correcta y oportuna, generando confianza e imagen positivas a la entidad.**

Comentarios:

- 01 Se debe disponer de líneas abiertas de comunicación donde los usuarios puedan aportar información de gran valor sobre el diseño y la calidad de los productos y servicios brindados, permitiendo que la entidad responda a los cambios en las exigencias y preferencias de los usuarios.
- 02 Las quejas o consultas que se reciben sobre las actividades, productos o servicios de la entidad pueden revelar la existencia de deficiencias de control y problemas operativos. Estas deficiencias deben ser revisadas y el personal encontrarse preparado para reconocer sus implicancias y adoptar las acciones correctivas que resulten necesarias.
- 03 Los mensajes hacia el exterior deben considerar la imagen que la institución debe proyectar con respecto de la lucha contra la corrupción.
- 04 Las comunicaciones con los grupos de interés de la entidad y ciudadanía en general deben contener información acorde con sus necesidades, de modo que puedan entender el entorno y los riesgos de la entidad.
- 05 Deben aplicarse controles efectivos para la comunicación externa de forma que se prevenga flujos de información que no hayan sido debidamente autorizados. Sin embargo, debe garantizarse la transparencia y el derecho de acceso a la información pública, de acuerdo con la normativa respectiva vigente.

#### **4.9. Canales de comunicación**

**Los canales de comunicación son medios diseñados de acuerdo con las necesidades de la entidad y que consideran una mecánica de distribución formal, informal y multidireccional para la difusión de la información. Los canales de comunicación deben asegurar que la información llegue a cada destinatario en la, cantidad, calidad y oportunidad requeridas para la mejor ejecución de los procesos, actividades y tareas.**

Comentarios:

- 01 Los canales no sólo deben considerar la recepción de información (mensajes apropiadamente transmitidos y entendidos), sino también líneas de entrega que permitan la retroalimentación y distribución para coordinar las diferentes actividades.
- 02 El diseño de los canales de comunicación debe contribuir al control del cumplimiento de los planes estratégico y operativo, al control del personal de la entidad, y a la ejecución de procesos, actividades y tareas en la entidad.
- 03 El diseño de los canales de comunicación debe contemplar, al menos, los siguientes aspectos:
  - Ajustar los recursos a las necesidades de información y en concordancia con la dimensión organizacional
  - Mejorar la capacidad de procesamiento de la información, aplicando la tecnología informática
  - Coordinar las oportunidades de información entre los diferentes usuarios de la entidad para evitar duplicidad de tareas o superposición entre las mismas
  - Generar formas de relaciones participativas en el ámbito de trabajo, tales como:
    - Contactos directos entre gerentes, para lograr la continua transferencia de información entre los mismos
    - Roles de enlace entre sectores, unidades y departamentos que coadyuven al involucramiento general de los miembros de la entidad en sus diversas áreas de competencia y respectivas problemáticas

- Equipos de trabajo en relación con tareas ocasionales o periódicas, permitiendo ahorros en el uso de canales de comunicación
  - Roles integradores, para ayudar a la supervisión de los trabajos, a las relaciones interdisciplinarias y a la mejora de la visión y logro de los objetivos institucionales.
- 04 Los canales de comunicación deben permitir la circulación expedita de la información, de modo que sea trasladada al funcionario o servidor competente en un formato adecuado para su análisis y dentro de un lapso conveniente que haga posible la toma oportuna de decisiones. Como medida preventiva, estos canales deben ser usados por el personal de manera uniforme y constante. Ello no implica que deba desestimarse por completo la posibilidad de que, para efectos internos, en determinadas circunstancias y condiciones previamente definidas, algunos canales informales resulten ser el medio requerido.

## 5. NORMA GENERAL PARA LA SUPERVISIÓN

**El sistema de control interno debe ser objeto de supervisión para valorar la eficacia y calidad de su funcionamiento en el tiempo y permitir su retroalimentación. Para ello la supervisión, identificada también como seguimiento, comprende un conjunto de actividades de autocontrol incorporadas a los procesos y operaciones de la entidad, con fines de mejora y evaluación. Dichas actividades se llevan a cabo mediante la prevención y monitoreo, el seguimiento de resultados y los compromisos de mejoramiento.**

Siendo el control interno un sistema que promueve una actitud proactiva y de autocontrol de los niveles organizacionales con el fin de asegurar la apropiada ejecución de los procesos, procedimientos y operaciones; el componente supervisión o seguimiento permite establecer y evaluar si el sistema funciona de manera adecuada o es necesaria la introducción de cambios. En tal sentido, el proceso de supervisión implica la vigilancia y evaluación, por los niveles adecuados, del diseño, funcionamiento y modo cómo se adoptan las medidas de control interno para su correspondiente actualización y perfeccionamiento.

Las actividades de supervisión se realizan con respecto de todos los procesos y operaciones institucionales, posibilitando en su curso la identificación de oportunidades de mejora y la adopción de acciones preventivas o correctivas. Para ello se requiere de una cultura organizacional que propicie el autocontrol y la transparencia de la gestión, orientada a la cautela y la consecución de los objetivos del control interno. La supervisión se ejecuta continuamente y debe modificarse una vez que cambien las condiciones, formando parte del engranaje de las operaciones de la entidad.

Contenido

### 5.1. NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO

#### 5.1.1. Prevención y monitoreo

##### 5.1.1.2. Monitoreo oportuno del control interno

### 5.2. NORMAS BÁSICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

#### 5.2.1. Reporte de deficiencias

##### 5.2.2. Seguimiento e implantación de medidas correctivas

### 5.3. NORMAS BÁSICAS PARA LOS COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO

#### 5.3.1. Autoevaluación

##### 5.3.2. Evaluaciones independientes.

## 5.1. NORMAS BÁSICAS PARA LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MONITOREO

### 5.1.1. Prevención y monitoreo

**El monitoreo de los procesos y operaciones de la entidad debe permitir conocer oportunamente si éstos se realizan de forma adecuada para el logro de sus objetivos y si**

**en el desempeño de las funciones asignadas se adoptan las acciones de prevención, cumplimiento y corrección necesarias para garantizar la idoneidad y calidad de los mismos.**

Comentarios:

- 01 La supervisión constituye un proceso sistemático y permanente de revisión de los procesos y operaciones que lleva a cabo la entidad, sean de gestión, operativas o de control. En su desarrollo intervienen actividades de prevención y monitoreo por cuanto, dada la naturaleza integral del control interno, resulta conveniente vigilar y evaluar sobre la marcha, es decir conforme transcurre la gestión de la entidad, para la adopción de las acciones preventivas o correctivas que oportunamente correspondan.
- 02 La prevención implica desarrollar y mantener una actitud permanente de cautela e interés por anticipar, contrarrestar, mitigar y evitar errores, deficiencias, desviaciones y demás situaciones adversas para la entidad. Se fundamenta sobre la base de la observación y análisis de sus procesos y operaciones, efectuados de manera diligente, oportuna y comprometida con la buena marcha institucional. En tal sentido, está estrechamente relacionada y opera como resultado de las actividades de monitoreo.
- 03 El ejercicio de la supervisión a través del monitoreo comprende integralmente el desempeño de la entidad. Por ello actúa en la planificación, ejecución y evaluación de la gestión y sus resultados, retroalimentando permanentemente su accionar y proponiendo correcciones o ajustes en las etapas pertinentes, contribuyendo así a mejorar el proceso de toma de decisiones.
- 04 El resultado del monitoreo también provee las bases necesarias para estrategias adicionales de manejo de riesgos, actualiza las existentes y vuelve a analizar los riesgos ya conocidos. Asimismo, facilita y asegura el cabal cumplimiento de la normativa legal o administrativa aplicable a las operaciones de la entidad, de acuerdo con su finalidad y formalidades, brindando seguridad razonable con respecto de potenciales objeciones e inconformidades.

### **5.1.2. Monitoreo oportuno del control interno**

**La implementación de las medidas de control interno sobre los procesos y operaciones de la entidad, debe ser objeto de monitoreo oportuno con el fin de determinar su vigencia, consistencia y calidad, así como para efectuar las modificaciones que sean pertinentes para mantener su eficacia. El monitoreo se realiza mediante el seguimiento continuo o evaluaciones puntuales.**

Comentarios:

- 01 El desarrollo del monitoreo sobre el sistema y las actividades de control interno debe proveer a la entidad seguridad razonable sobre el logro de sus objetivos, la confiabilidad de la información, el empleo de los criterios de eficacia y eficiencia, el cumplimiento de políticas y normas internas vigentes, así como el logro de estándares de calidad cada vez mejores.
- 02 Mediante el monitoreo, la supervisión busca asegurar que los controles operen y sean modificados apropiadamente de acuerdo con los cambios en el entorno organizacional. Asimismo, se debe valorar si, en el cumplimiento de la misión de la entidad, se alcanzan los objetivos generales del control interno y si se contribuye al aseguramiento de la calidad.
- 03 El monitoreo oportuno del sistema de control interno y las medidas puestas en aplicación, se realiza a través del seguimiento continuo de su funcionamiento y a través de evaluaciones puntuales, o una combinación de ambas modalidades.

- 04 Las actividades de seguimiento continuo se despliegan sobre el conjunto de componentes de control interno, orientándose a minimizar los riesgos y evitar efectos ineficientes, ineficaces o antieconómicos. Regularmente este tipo de monitoreo se construye, implementa y ejecuta dentro de las operaciones normales y recurrentes de la entidad, incluyendo las acciones o funciones que el personal debe realizar al cumplir con sus obligaciones.
- 05 Las evaluaciones puntuales se realizan para determinar la calidad y eficacia de los controles en una etapa predefinida de los procesos y operaciones de la entidad. El rango y la frecuencia de las evaluaciones puntuales dependerán de la valoración de riesgos y de la efectividad de los procedimientos permanentes de seguimiento. Ambas modalidades se correlacionan, respectivamente, con las categorizaciones del control gubernamental previstas en la Ley N° 27785 (artículos 7° y 8°) que diferencian el control previo, simultáneo y posterior.
- 06 El desarrollo del monitoreo sigue un orden jerárquico descendente desde el nivel gerencial, pasando por los niveles ejecutivos intermedios y llegando hasta los operativos. En cualquier caso, tiene como propósito contribuir a la minimización de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, incrementando la eficiencia del desempeño y preservando su calidad, en una relación interactiva con los demás componentes del proceso de control.
- 07 Los Órganos del SNC contribuyen con la labor de supervisión, aportando su opinión sobre la razonabilidad del control interno, emitiendo observaciones, comentarios y recomendaciones como resultado de la evaluación del control interno.

## 5.2. NORMAS BÁSICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

### 5.2.1. Reporte de deficiencias

**Las debilidades y deficiencias detectadas como resultado del proceso de monitoreo deben ser registradas y puestas a disposición de los responsables con el fin de que tomen las acciones necesarias para su corrección.**

Comentarios:

- 01 El término “deficiencia” constituye la materialización de un riesgo. Es decir, se refiere a la condición que afecta la habilidad de la entidad para lograr sus objetivos. Por lo tanto, una deficiencia puede representar un defecto percibido o real, que debe conducir a fortalecer el control interno.
- 02 Deben establecerse requerimientos para obtener la información necesaria sobre las deficiencias de control interno.
- 03 La información generada en el curso de las operaciones es usualmente reportada a través de canales formales a los responsables por su funcionamiento, así como a los demás niveles jerárquicos de los cuales dependen. Para ello se debe contar con canales alternativos de comunicación para reportar actos ilegales o incorrectos.

### 5.2.2. Implantación y seguimiento de medidas correctivas

**Cuando se detecte o informe sobre errores o deficiencias que constituyan oportunidades de mejora, la entidad deberá adoptar las medidas que resulten más adecuadas para los objetivos y recursos institucionales, efectuándose el seguimiento correspondiente a su implantación y resultados. El seguimiento debe asegurar, asimismo, la adecuada y oportuna implementación de las recomendaciones producto de las observaciones de las acciones de control.**

Comentarios:

- 01 La efectividad del sistema de control interno depende, en buena parte, de que los errores, deficiencias o desviaciones en la gestión sean identificadas y comunicadas oportunamente a quien corresponda en la entidad para que determine la solución correspondiente que favorezca la consecución de los objetivos institucionales del control interno.

Cuando la persona que descubra una oportunidad de mejora, no disponga de autoridad suficiente para disponer las medidas preventivas o correctivas necesarias, deberá comunicar inmediatamente al funcionario superior competente para que éste tome la decisión pertinente con el fin que establezca la acción o solución respectiva.

- 02 El seguimiento del control interno debe incluir políticas y procedimientos que busquen asegurar que las oportunidades de mejora que sean resultado de las actividades de supervisión, así como los hallazgos u observaciones producto de las acciones de control u otras revisiones, sean adecuada y oportunamente resueltas. Para ello se debe determinar las alternativas de solución y adoptar la más adecuada, teniendo en cuenta en su caso las recomendaciones formuladas por los organismos competentes de control, en armonía con sus atribuciones funcionales y lo establecido por la normativa del SNC.

- 03 La implantación de medidas correctivas debe asegurar la mejora del control interno como resultado del monitoreo, así como la adecuada y oportuna implementación de las recomendaciones producto de las observaciones de las acciones de control.

- 04 Los titulares y funcionarios deben:

- Identificar y evaluar oportunamente las causas de los errores, deficiencias y hallazgos u observaciones detectadas como consecuencia de revisiones o acciones de control
- Determinar las acciones correctivas que conduzcan a solucionar la problemática detectada e implementar las recomendaciones de las revisiones y acciones de control realizadas
- Completar, dentro de su ámbito de competencia funcional, todas las acciones que corrijan o resuelvan los asuntos que han llamado su atención.

- 05 El proceso de implementación de recomendaciones y el seguimiento de medidas correctivas derivadas de acciones o actividades de control gubernamental son regulados por la Contraloría General de la República.

### 5.3. NORMAS BÁSICAS PARA LOS COMPROMISOS DE MEJORAMIENTO

#### 5.3.1. Autoevaluación

**Se debe promover y establecer la ejecución periódica de autoevaluaciones sobre la gestión y el control interno de la entidad, por cuyo mérito podrá verificarse el comportamiento institucional e informarse las oportunidades de mejora identificadas. Corresponde a sus órganos y personal competente dar cumplimiento a las disposiciones o recomendaciones derivadas de la respectiva autoevaluación, mediante compromisos de mejoramiento institucional.**

Comentarios:

- 01 La autoevaluación constituye una herramienta diseñada como parte del sistema de control interno. Se define como el conjunto de elementos de control que actúan coordinadamente permitiendo en cada área o nivel organizacional medir la eficacia y calidad de los controles en los procesos, productos y resultados de su gestión.

- 02 Responde a la necesidad de establecer las fortalezas y debilidades de la entidad con respecto al control, propiciar una mayor eficacia de todos los componentes de control, y asignar la responsabilidad sobre el mismo a todas las dependencias de la organización. Asimismo, les permite adecuar constantemente sus objetivos a los cambios en el entorno.
- 03 La autoevaluación facilita la medición oportuna de los efectos de la gestión y del comportamiento del sistema de control, con el fin de evaluar su capacidad para generar los resultados previstos y tomar las medidas correctivas necesarias, a través de los siguientes elementos:
- Autoevaluación del control interno: permite establecer el grado de avance en la implementación del sistema de control interno y la efectividad de su operación en toda la entidad
  - Autoevaluación de la gestión: establece el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales y evalúa la manera de administrar los recursos necesarios para alcanzarlos.
- 04 La autoevaluación genera mayor responsabilidad en los empleados al involucrarlos en el análisis de fortalezas y debilidades del Sistema de Control, los compromete con la recolección de la información que soporta el juicio sobre el estado del sistema y les permite proponer planes de mejoramiento que contribuyan al logro del objetivo del sistema de control, y por ende al de la organización.
- 05 La autoevaluación del control interno favorece el autocontrol y la autogestión en toda la organización porque permite que cada persona y dependencia que participa en ella puede determinar las deficiencias en una escala personal como organizacional. Esto permite la toma de conciencia frente a los cambios que se requieren y estimula la toma de acciones necesarias con el fin de mejorar la calidad del sistema.

### 5.3.2. Evaluaciones independientes

**Se deben realizar evaluaciones independientes a cargo de los órganos de control competentes para garantizar la valoración y verificación periódica e imparcial del comportamiento del sistema de control interno y del desarrollo de la gestión institucional, identificando las deficiencias y formulando las recomendaciones oportunas para su mejoramiento.**

Comentarios:

- 01 El sistema de control interno y las medidas implementadas por la entidad requieren una evaluación objetiva, imparcial y externa a las áreas u órganos responsables de su implantación y funcionamiento, con el fin de verificar y garantizar tanto su conformidad respecto de los planes, programas, normativa, proyectos, entre otros, como la forma en que han sido realizados. En tal sentido, dicha evaluación debe ser realizada por los órganos de control competentes del SNC, de conformidad con la normativa emitida por la CGR.
- 02 Como resultado de las evaluaciones independientes, se dará cumplimiento a las recomendaciones que formulen los órganos de control, las mismas que constituyen compromisos de mejoramiento que institucionalmente también serán objeto del correspondiente registro, seguimiento y verificación de su cumplimiento.

---

## **IV.ANEXO: GLOSARIO DE TÉRMINOS**

---

### **Actividades de control**

Políticas y procedimientos que son establecidos y ejecutados para ayudar a asegurar que la selección de la administración de respuestas al riesgo sea llevados a cabo de manera efectiva.

### **Administración estratégica**

Proceso de administración por el que la entidad prepara planes estratégicos y, después, actúa conforme a ellos.

### **Conocimiento**

Mezcla fluida de experiencia estructurada, valores, información contextual que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información (aprendizaje organizativo). En las organizaciones, con frecuencia queda registrado no solo en documentos o bases de datos, sino también en las rutinas, procesos, prácticas y normas institucionales.

### **Controles de acceso**

Controles referidos a la práctica de restringir la entrada a un bien o propiedad a personas autorizadas.

### **COSO**

Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

### **Cultura de control**

Conjunto de costumbres, conocimientos y actitudes con respecto del grado de desarrollo de los controles dirigidos a dar respuesta a los riesgos.

### **Enfoque sistémico**

Enfoque por el cual el modo de abordar los objetos y fenómenos no puede ser aislado, sino que tiene que verse como parte de un todo. Así, el sistema es un conjunto de elementos que se encuentran en interacción, de forma integral, que produce nuevas cualidades con características diferentes, cuyo resultado es superior al de los componentes que lo forman.

### **Estructura organizacional**

Distribución y orden con que está compuesta una entidad (cargos, funciones, unidades orgánicas y niveles de autoridad), incluyendo el conjunto de relaciones entre todos los miembros.

### **Evaluación costo – beneficio**

Procedimiento para evaluar programas o proyectos, que consiste en la comparación de costos y beneficios, con el propósito de que estos últimos excedan a los primeros pudiendo ser de tipo monetario o social, directo o indirecto.

### **Evaluación de desempeño**

Proceso por el cual se valora el rendimiento laboral de un trabajador.

### **Evento**

Un incidente o acontecimiento, derivado de fuentes internas o externas de la entidad, que afecta a la consecución de los objetivos.

### **Función**

Conjunto de actividades o tareas asignadas a un cargo.

### **Gestión del conocimiento**

Comprende el conjunto de procesos y sistemas que permiten que el conocimiento de la entidad (capital intelectual) aumente de forma significativa mediante la gestión de las capacidades del personal y el aprendizaje producto de la solución de problemas. El propósito final es generar ventajas competitivas sostenibles que coadyuven al cumplimiento de los objetivos y metas y al

adecuado uso de los recursos y bienes del Estado. Se entiende por ventaja competitiva a la característica o atributo que da cierta superioridad a algo o alguien sobre sus competidores inmediatos.

### **Impacto**

El resultado o efecto de un evento. Puede existir una gama de posibles impactos asociados a un evento. El impacto de un evento puede ser positivo o negativo sobre los objetivos relacionados de la entidad.

### **INCOSAI**

International Congress of Supreme Audit Institutions, Congreso Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores.

### **INTOSAI**

International Organization of Supreme Audit Institutions, Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores.

### **Inducción**

Proceso mediante el cual se orienta al nuevo empleado sobre distintos aspectos de la entidad.

### **Juicio de Expertos**

Opinión o parecer que brindan un conjunto de personas sobre la base del conocimiento y experiencia en un área de aplicación, área de conocimiento, disciplina, industria, entre otros, según resulte apropiado para la actividad que se está llevando a cabo. Dicha opinión puede ser proporcionada por cualquier grupo o persona con una educación, conocimiento, habilidad, experiencia o capacitación especializada.

### **Mejora continua**

Actividad recurrente desarrollada en los procesos, actividades y tareas de una entidad con el objetivo de lograr mejoras en la productividad en términos de eficacia, eficiencia y economía, y por ende mejorar su competitividad.

### **Método Delphi**

Técnica usada para recabar información y lograr el consenso de expertos en un tema. Los expertos en el tema participan en esta técnica en forma anónima. Un facilitador utiliza un cuestionario para solicitar ideas acerca de los puntos importantes del proyecto relacionados con dicho tema. Las respuestas son resumidas y luego son enviadas nuevamente a los expertos para comentarios adicionales. En pocas rondas, mediante este proceso se puede lograr el consenso. Este método ayuda a reducir sesgos en los datos y evita que cualquier persona ejerza influencias impropias en el resultado.

### **Métricas de desempeño**

Herramientas que entregan información cuantitativa respecto al logro de los objetivos o resultados en la entrega de productos o servicios, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de dicho logro. Es una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con periodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar desempeño.

### **Multidireccional**

Manejo de la comunicación que se da de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, transversal, interna, externa entre otras.

### **Probabilidad**

La posibilidad de que un evento dado ocurra.

### **Prospectiva**

Es una herramienta para observar a largo plazo el futuro de la ciencia, la tecnología, la economía y la sociedad con el propósito de identificar las tecnologías emergentes que probablemente produzcan los mayores beneficios económicos y sociales, es decir nos permite, partiendo de un conocimiento experto del presente, vislumbrar cómo será el futuro que nos

espera y trazar los posibles caminos para alcanzarlo. Se basa en dos pilares: incertidumbre e información de calidad.

### **Recursos y bienes del Estado**

Recursos y bienes sobre los cuales el Estado ejerce directa o indirectamente cualquiera de los atributos de la propiedad, incluyendo los recursos fiscales y de endeudamiento público contraídos según las leyes de la República.

### **Rediseño**

Proceso mediante el cual se usa diversas técnicas para conseguir mejoras en el diseño de un proceso.

### **Relaciones interdisciplinarias**

Son las conexiones o correspondencias entre varias disciplinas que contribuyen a las relaciones mutuas del sistema de conceptos, leyes y teorías.

### **Rendición de cuentas**

La obligación de los funcionarios y servidores públicos de dar cuenta ante las autoridades competentes y ante la ciudadanía por los fondos y bienes del Estado a su cargo y por la misión u objetivo encomendado.

### **Riesgo**

La posibilidad de que ocurra un evento adverso que afecte el logro de los objetivos.

### **Riesgo residual**

Riesgo remanente después de haber aplicado una respuesta al riesgo.

### **Segregación de funciones**

Separación de funciones entre los servidores en todos los niveles de la entidad, de manera que ninguna persona tenga bajo su responsabilidad, en forma completa, una operación financiera o administrativa.

### **Status quo**

Es la posición en la que se encuentra algo en determinado momento.

### **Técnicas de pronóstico**

Métodos con bases estadísticas utilizados para disminuir la incertidumbre sobre el futuro, permitiendo estructurar planes y acciones congruentes con los objetivos de la entidad y permiten también tomar acciones correctivas apropiadas y a tiempo cuando ocurren situaciones fuera de lo pronosticado.

### **Técnicas del grupo nominal**

Técnica empleada para aprovechar la riqueza de los procesos en grupo y facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. El análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado con reuniones que combinan el trabajo individual con el trabajo en grupo, buscando alcanzar un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas, y evitando que determinados participantes en particular dominen e influyan a los demás miembros de la reunión. Esto último se logra haciendo que cada participante exprese su idea en forma secreta, luego el facilitador o líder de la reunión resume todas las ideas y expone al grupo las conclusiones. Si es necesario, el proceso se repite hasta obtener la convergencia necesaria de las ideas expuestas. En resumen, las técnicas de grupo nominal tratan de guiar el proceso de decisión asegurando una participación por igual de los miembros, una ponderación equilibrada de las ideas e incorporando un procedimiento de agregación para ordenar las alternativas.

### **Tecnologías de información y comunicación**

Conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de información, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética.

**Tendencias**

Propensiones o inclinaciones en los hombres o y en las cosas hacia determinados fines.

**Tolerancia al riesgo**

Nivel de aceptación en la variación de los objetivos.

**Transparencia de la gestión**

Deber de los funcionarios y servidores públicos de permitir que sus actos de gestión puedan ser informados y evidenciados con claridad a las autoridades de gobierno y a la ciudadanía en general, a fin de que éstos puedan conocer y evaluar cómo se desarrolla la gestión con relación a los objetivos y metas institucionales y cómo se invierten los recursos públicos.

**Trazabilidad**

Es un conjunto de medidas, acciones y procedimientos que permiten registrar e identificar cada producto o servicio desde su origen hasta su destino final.

**Vulnerabilidad del sistema**

Grado en el que el sistema puede ser afectado adversamente por los riesgos a los que está expuesto.

**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 262 -PE-ESSALUD-2017**

Lima, 30 de marzo del 2017

**VISTOS:**

La Carta N° 457-SG-ESSALUD-2017 de la Secretaría General, la Carta N° 897-GCAJ-ESSALUD-2017 y el Informe N° 187-GNAJ-GCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, concordado con el artículo 39° de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, ESSALUD es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, de acuerdo con el artículo 4° de la Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado, las entidades del Estado implantan obligatoriamente sistemas de control interno en sus procesos, actividades, recursos, operaciones y actos institucionales, orientando su ejecución al cumplimiento de los objetivos, entre los cuales están contemplados en los literales a) y e), la promoción y optimización de la eficiencia, eficacia, transparencia y economía de sus operaciones, así como la calidad de los servicios públicos que presta; y el fomento de la práctica de los valores institucionales, respectivamente;

Que, asimismo, se dispone que corresponde al Titular y a los funcionarios responsables de los órganos directivos y ejecutivos de la entidad, la aprobación de las disposiciones y acciones necesarias para la implantación de dichos sistemas, y que éstos sean oportunos, razonables, integrados y congruentes con las competencias y atribuciones de las respectivas entidades;

Que, mediante Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, se aprobó la Directiva N° 013-2016-CG-GPROD, "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado" en cuyo numeral 7.2.1, Etapa I, de la Actividad 2, referida a la conformación del Comité de Control Interno, establece que el Comité en mención depende directamente del Titular de la entidad, a quien informa el cumplimiento de las actividades establecidas en cada una de la etapas de implementación del Sistema de Control Interno;

Que, el mencionado numeral establece además que el Comité de Control Interno en su totalidad está conformado por un mínimo de cinco y un máximo de siete miembros titulares, con igual número de suplentes, los que deben ocupar cargos directivos con capacidad y atribuciones para la toma de decisiones; de igual manera establece que el referido Comité puede conformar uno o más equipos de trabajo que sirvan de soporte durante la implementación del Sistema de Control Interno en la entidad, para lo cual especifica las actividades encargadas una vez conformados, los mismos que reportan al Comité;

Que, mediante Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG se aprobó la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", la misma que contempla en el numeral 3.2 que el 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 Sistema de Control Interno;

## RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 262

-PE-ESSALUD-2017

Que, en la Actividad 2, cuadro 3, quinta consideración de la precitada Guía, se sugiere que el Comité de Control Interno conforme Equipos de Trabajo (Operativo y Evaluador) que apoyen su labor en la implementación del Sistema de Control Interno;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1092-PE-ESSALUD-2011, modificada por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva Nros. 376-PE-ESSALUD-2013, 531-PE-ESSALUD-2014, 588-PE-ESSALUD-2015, 297 y 522-PE-ESSALUD-2016, se conformó el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD, quedando integrado por el Presidente Ejecutivo, quien lo preside; el Gerente General; el Secretario General, quien actúa como secretario técnico; el Gerente Central de Planeamiento y Desarrollo (Hoy Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto); el Gerente Central de Asesoría Jurídica; el Gerente Central de Gestión de las Personas; y el Gerente Central de Logística;

Que, con Carta de Vistos, la Secretaría General propone la modificación de la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en atención al acuerdo adoptado en la Cuadragésima (40) Sesión del Comité de Control Interno de fecha 27 de febrero de 2017, y en base a los nuevos lineamientos establecidos por la Contraloría General de la República en la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado";

Que, asimismo con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica señala que la propuesta de la Secretaría General sobre la modificación de la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD es concordante con la Directiva N° 013-2016-CG-GPROD y con la "Guía para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado";

Que, de conformidad con lo dispuesto en el literal b) del artículo 8° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD, es competencia del Presidente Ejecutivo organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento de la institución;

Con los vistos de la Secretaría General, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica y la Gerencia General;

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

**SE RESUELVE:**

1. **MODIFICAR** la conformación del Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD, constituido por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1092-PE-ESSALUD-2011, modificada por Resoluciones de Presidencia Ejecutiva Nros. 376-PE-ESSALUD-2013, 531-PE-ESSALUD-2014, 588-PE-ESSALUD-2015, 297 y 522-PE-ESSALUD-2016, el mismo que quedará integrado por los siguientes miembros:

- El representante del Presidente Ejecutivo, quien lo presidirá.
- El Gerente General.
- El Secretario General, quien actuará como Secretario Técnico.
- El Gerente Central de Asesoría Jurídica, en calidad de miembro.
- El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, en calidad de miembro.



**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA N° 262 -PE-ESSALUD-2017**

2. **DISPONER** que el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD se instale en el plazo máximo de siete (07) días hábiles contados a partir de la emisión de la presente Resolución.
3. **CONSTITUIR** el Equipo de Trabajo Operativo, responsable de brindar soporte al Comité de Control Interno durante el proceso de implementación del Sistema de Control Interno; que está conformado por los siguientes miembros:
  - El Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto o su representante, quien lo liderará.
  - El Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas o su representante quien actuará como Secretario Técnico.
  - El Gerente Central de Logística o su representante.
  - El Gerente Central de Gestión de las Personas o su representante.
  - El Gerente Central de Gestión Financiera o su representante.
4. **DISPONER** que el Equipo de Trabajo Operativo se instale en el plazo máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la emisión de la presente Resolución.



**DISPONER** que el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD informe a la Presidencia Ejecutiva sobre las acciones desarrolladas en el proceso de implementación del sistema de control interno, formulando las recomendaciones correspondientes.

6. **DISPONER** que los órganos de los niveles centrales y desconcentrados del Seguro Social de Salud - ESSALUD brinden el apoyo o información que les sea requerida por el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno del Seguro Social de Salud - ESSALUD, para el mejor cumplimiento de su labor, bajo responsabilidad.
7. **NOTIFICAR** la presente Resolución a los miembros integrantes del Comité constituido.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



**GABRIEL DEL CASTILLO MORY**  
PRESIDENTE EJECUTIVO  
ESSALUD

