

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN



TESIS

**ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE CONTROL PROGRAMADAS EN EL
PLAN ANUAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA
VEGA ABANCAY, PERÍODO 2013 AL 2015**

PRESENTADA POR:

JUAN CARLOS CONTRERAS MERINO

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN

MENCIÓN AUDITORÍA Y TRIBUTACIÓN

PUNO, PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA
MAESTRÍA EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN



TESIS


**ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE CONTROL PROGRAMADAS EN EL
PLAN ANUAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA
VEGA ABANCAY, PERÍODO 2013 AL 2015**

PRESENTADA POR:
JUAN CARLOS CONTRERAS MERINO

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGISTER SCIENTIAE EN CONTABILIDAD Y ADMINISTRACIÓN
MENCIÓN EN AUDITORÍA Y TRIBUTACIÓN

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE


.....
Dr. EDGAR DARIO CALLOHUANCA AVALOS

PRIMER MIEMBRO


.....
Dr. MANUEL ANCHAPURI QUISPÉ

SEGUNDO MIEMBRO


.....
M. Sc. HERMÓGENES MENDOZA ANCCO

ASESOR DE TESIS


.....
Dr. ANTONIO ESPILLICO CHIQUE

Puno, 23 de marzo de 2017

AREA: Auditoria.

TEMA: Control interno.

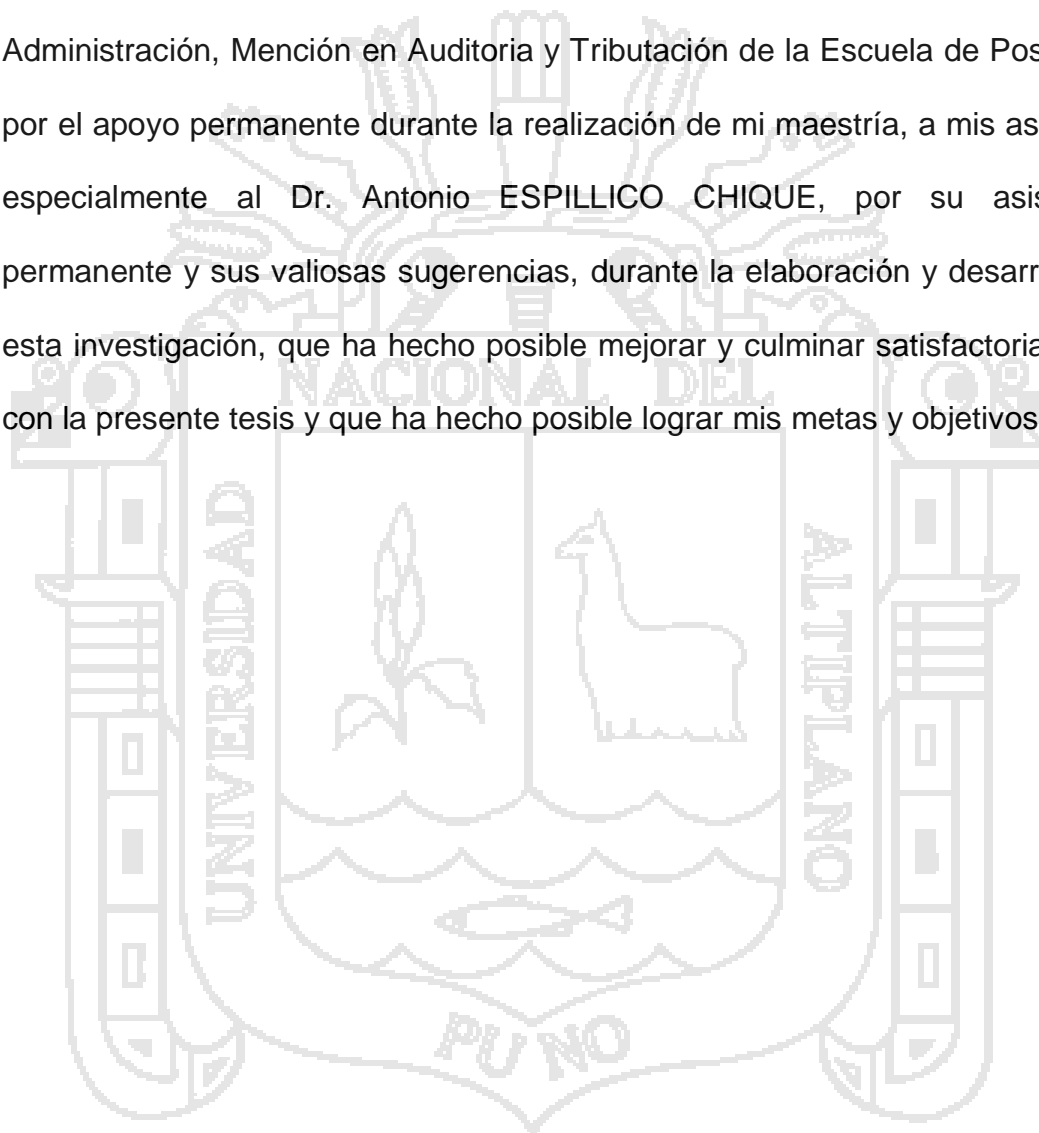
DEDICATORIA

A Dios que ilumina mi mente y guía mi destino, a mi madre, que siempre está presente en todo momento, por los valores que me inculco, a mi querida esposa, fiel compañera y amor de mi vida, por su incansable dedicación y apoyo incondicional, y a mi adorada hija Nicolle Abigael Contreras Laura y mis hermanos(a), quienes son el motivo de mi alegría y fuente de mi fortaleza y templanza.



AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, por darme la oportunidad de materializar mi sueño de desarrollarme profesionalmente, por haberme permitido concluir con esta investigación, a toda la plana de docentes de la Maestría en Contabilidad y Administración, Mención en Auditoría y Tributación de la Escuela de Posgrado, por el apoyo permanente durante la realización de mi maestría, a mis asesores especialmente al Dr. Antonio ESPILLICO CHIQUE, por su asistencia permanente y sus valiosas sugerencias, durante la elaboración y desarrollo de esta investigación, que ha hecho posible mejorar y culminar satisfactoriamente con la presente tesis y que ha hecho posible lograr mis metas y objetivos.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE CUADROS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES.....	5
2.2 MARCO TEÓRICO.....	9
2.2.1 Clases de Auditorías.....	9
2.2.2 Aspectos generales de la auditoría.....	9

2.2.3	Sanciones derivadas del proceso de control	10
2.2.4	De los aspectos preparatorios.....	10
2.2.5	Las medidas correctivas	12
2.2.6	Visión global de las herramientas para evaluar la calidad	12
2.2.7	Inicio del procedimiento sancionador y el principio de oficialidad.....	14
2.2.8	La evidencia en la auditoría y el peritaje	14
2.2.9	La auditoría forense y su naturaleza dentro del ámbito de las ciencias.....	15
2.2.10	¿Cuál es la participación de la sociedad civil en la lucha contra la corrupción?	15
2.2.11	Postulado 7: Acceso a todo tipo de información pública	16
2.2.12	¿Qué es la acción de control?.....	17
2.2.13	Evidencias de auditoría y métodos de obtención de información	17
2.2.14	Actividades de control.....	18
2.2.15	Organización el sistema de control interno.....	18
2.2.16	Componentes del control interno	20
2.2.17	Implementación del sistema de control interno a nivel de entidad.....	23
2.2.18	Implementación del sistema de control a nivel de procesos.....	26
2.2.19	¿Cómo el Perú se encuentra en percepción de corrupción a nivel internacional?	31
2.3	HIPÓTESIS	31
2.3.1	Hipótesis general	31

2.3.2	Hipótesis específicas	31
2.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33

**CAPÍTULO III
METODOLOGÍA**

3.1	DISEÑO Y MÉTODOS	34
3.1.1	Métodos de investigación.....	34
3.1.2	Técnicas para la recolección de datos	35
3.1.3	Técnica de la investigación	35
3.1.4	Instrumento de investigación	36
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.2.1	Ámbito o lugar de estudio	36
3.2.2	Población.....	40
3.2.3	Muestra.....	40

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	DETERMINACION DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO QUE REPERCUTEN EN LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL	41
4.1.1	Implementación y cumplimiento de los componentes del control interno	42
4.2	RESULTADOS DEL CONTROL INTERNO EN LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DE CONTROL INSTITUCIONAL	59
4.2.1	Plan anual de control y su ejecución.....	60
4.2.2	Operación de control y su implementación de recomendaciones por el titular de la institución	61

4.2.3	Capacidad operativa del órgano de control, su participación y efecto de sus recomendaciones.....	62
4.2.4	Órgano de control, sus gastos operativos y su relación con la contraloría general de la república	63
4.3	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	64
4.3.1	Hipótesis específica 1	64
2.3.2	Hipótesis específica 2	65
	CONCLUSIONES	67
	RECOMENDACIONES	69
	BIBLIOGRAFÍA.....	71
	ANEXOS.....	75

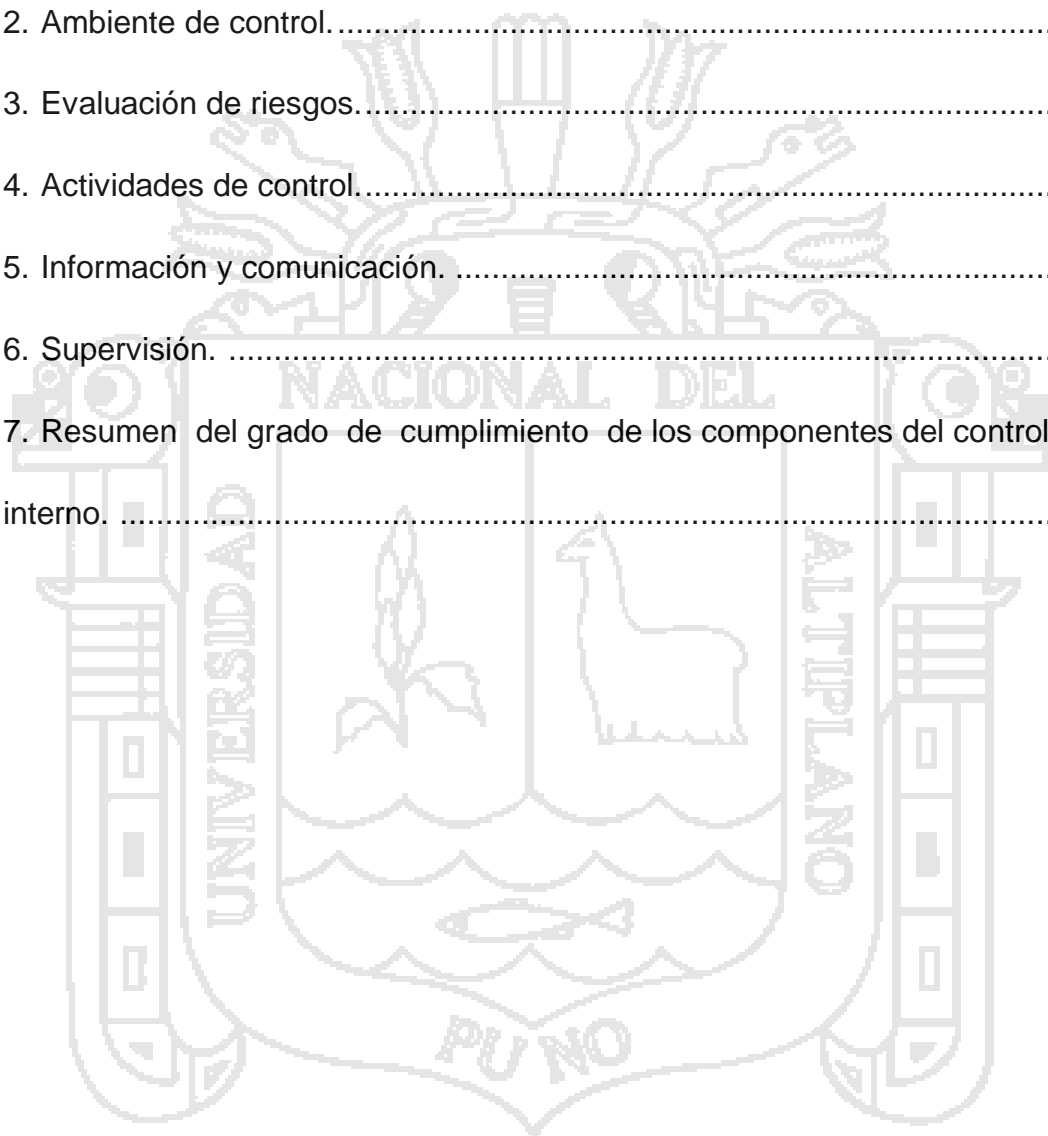


ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
1. Ambiente de control.....	42
2. Componente ambiente de control.	43
3. Evaluación de riesgos.....	45
4. Componente evaluación de riesgos.....	45
5. Actividades de control.....	48
6. Componente actividades de control.....	48
7. Información y comunicación.....	51
8. Componente información y comunicación.....	51
9. Supervisión.....	53
10. Componente supervisión.....	54
11. Resumen del grado de cumplimiento de los componentes del control interno.....	57
12. Plan anual de control.....	60

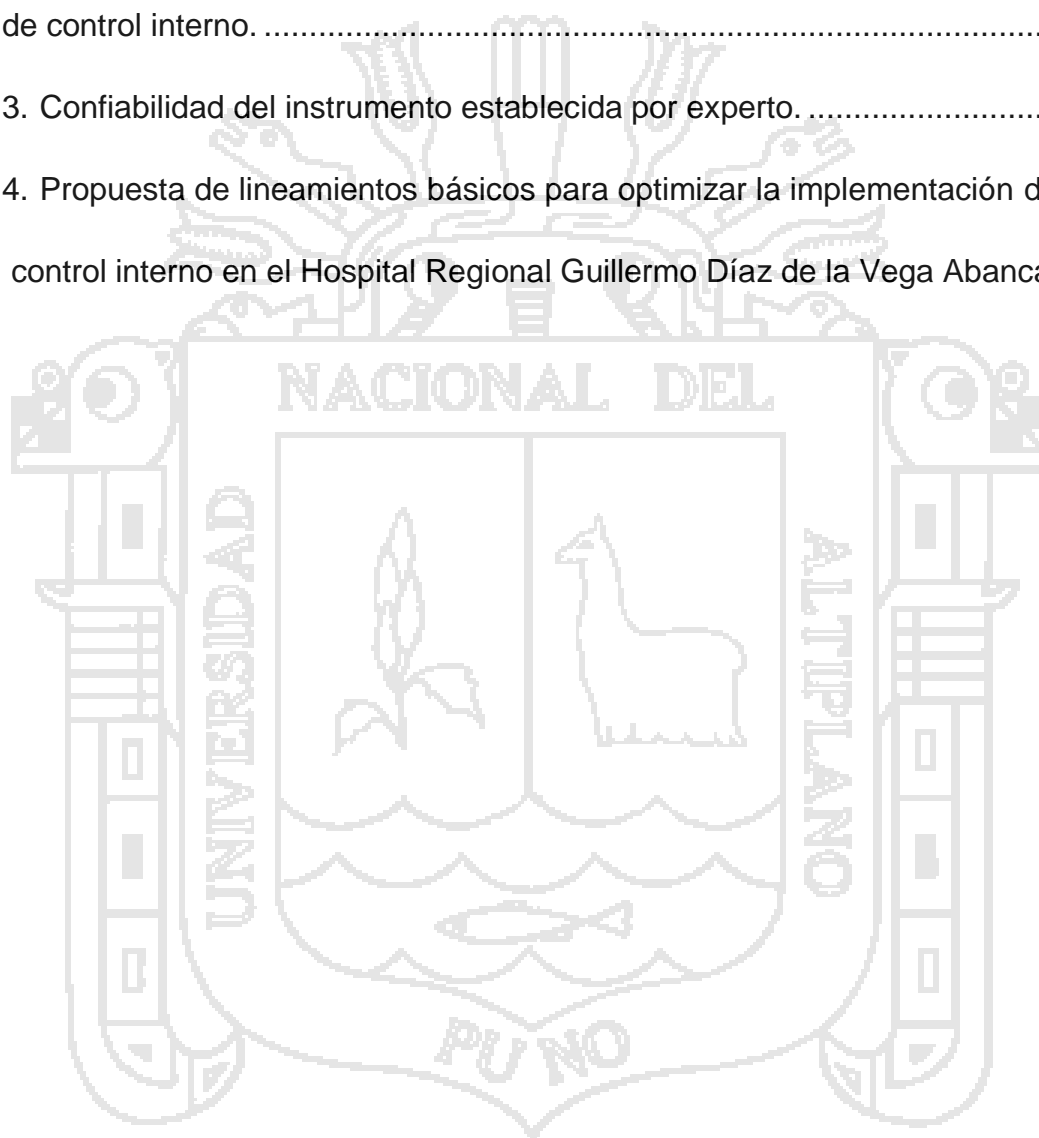
ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Organigrama del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.....	39
2. Ambiente de control.....	43
3. Evaluación de riesgos.....	46
4. Actividades de control.....	49
5. Información y comunicación.....	52
6. Supervisión.....	54
7. Resumen del grado de cumplimiento de los componentes del control interno.....	57



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Escala de LIKERT: Como instrumento de análisis.....	76
2. Cuestionario del proceso de implementación y operaciones del sistema de control interno.....	77
3. Confiabilidad del instrumento establecida por experto.....	82
4. Propuesta de lineamientos básicos para optimizar la implementación del control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay ...	83



RESUMEN

La investigación comprende en evaluar la efectividad el sistema de control imperante en la administración del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015. Como objetivo es evaluar la implementación de los principales componentes del sistema de control, la productividad de los informes de control ejercida por el Órgano de Control Institucional. La investigación ha sido descriptiva, que consiste en buscar características y hechos importantes de transgresión en el cumplimiento de sus funciones del trabajador; igualmente, es explicativa que consiste en establecer las causas de las acciones de control y actividades; luego correlacional, que consistió en evaluar el grado de relación entre las variables que intervienen en la investigación. Como técnicas de recolección de datos, es instrumentada a través de cuestionarios, entrevistas y documental; así mismo, la interpretación es a través de la escala de Lickert y porcentajes de casos. Como resultados se obtiene, que el órgano de control institucional, no ha implementado los cinco componentes fundamentales del sistema de control interno, la mayoría se encuentra en calificativo de que el control interno, no ofrece seguridad razonable; cumplió regularmente con las actividades y las acciones de control programados en el PAC, los documentos generados han sido remitidos a las dependencias de la entidad, sin resultados en su mayoría; así mismo algunos documentos han sido remitidos a la Contraloría General de República, cuyas recomendaciones demoraron y no han sido implementadas con eficacia.

Palabras clave: Auditoría, componentes de control interno, interno, órgano de control, periodo y programación.

ABSTRACT

The research includes evaluating the effectiveness of the control system prevailing in the administration of the Guillermo Diaz de la Vega Regional Hospital - Abancay, from 2013 to 2015. The objective is to evaluate the implementation of the main components of the control system, the productivity of Reports of control exercised by the Institutional Control Body. The research has been descriptive, which consists of looking for characteristics and important facts of transgression in the fulfillment of its functions of the worker; It is also an explanation of the causes of control actions and activities; Then correlational, which consisted in evaluating the degree of relationship between the variables involved in the research. As data collection techniques, it is implemented through questionnaires, interviews and documentary; Likewise, the interpretation is through the Lickert scale and percentages of cases. As a result, the institutional control body has not implemented the five fundamental components of the internal control system, most of them are in the sense that internal control does not offer reasonable security; Regularly complied with the activities and control actions programmed in the PAC, the documents generated have been sent to the entities of the entity, with no results at all; Some documents have also been sent to the Office of the Comptroller General, whose recommendations have been delayed and have not been effectively implemented.

Keywords: Audit, internal control body, internal control components, period and programming.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación está orientado a buscar las fortalezas y mejorar las debilidades en la implementación de los cinco componentes del sistema de control interno; así, como el cumplimiento del Plan Anual de Control del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015.

Con el trabajo se pretende investigar las consecuencias del desarrollo de las actividades de control, ejercidas por la OCI, el incumplimiento a la presentación de los informes de control, acciones de control y otros factores, que definen la producción de los informes ante el organismo rector del sistema de control, sus efectos dentro del conjunto de operaciones en la Institución. Se pretende comprobar si el Jefe del Órgano de Control Institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, periodos 2013 al 2015, se encuentra satisfechas en el cumplimiento de sus objetivos y metas, y si estas reciben congratulación alguna en cumplimiento de sus funciones por parte de la Oficina Regional de Control Apurímac y la Contraloría General de la República.

La contraprestación económica de los servidores comprometidos en el órgano de control institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, son suficientes o estas inciden en el cumplimiento de sus objetivos y metas; por lo tanto, sus repercusiones al objeto de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de República. Finalmente, siguiendo la estructura de la investigación como proceso y secuencial, nos permitimos generar una opinión, sobre el cumplimiento de la misión y visión, su efectiva gestión y transparencia ante la sociedad de su jurisdicción.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los órganos de control institucional de las entidades públicas son implementados de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y otras normas conexas, fueron implementadas paulatinamente, de acuerdo a las necesidades de control y en mérito a sus documentos de gestión.

El Hospital Regional de Abancay, lleva el nombre de Guillermo Díaz De La Vega en honor al ciudadano médico, quien nació en el Cusco un 29 de Setiembre de 1906, fue inaugurado el 20 de noviembre de 1964, es ser un hospital referencial, con recursos humanos capacitados e identificados, que brinda atención integral y especializada con equidad a la población en general con problemas de salud, sustentados en la calidad, equidad y eficacia con capacidad resolutive oportuna, principalmente al servicio de la población de menores recursos económicos.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República (2002) señala que las oficinas de Auditoría Interna - Órgano de

Control Institucional dependen funcionalmente y administrativamente de la Contraloría General de la República. En la actualidad el personal de la Oficina de Órgano de Control Institucional, se encuentra bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N°. 276 y la Contraloría General de República se encuentran bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 728.

El objetivo principal, es evaluar el cumplimiento de las acciones de control y las actividades de control programadas en el Plan Anual de Control del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, periodos 2013 al 2015, de acuerdo al cronograma inicial del periodo correspondiente de las oficinas de órgano de control institucional; fundamentalmente, valorar al personal de las oficina del órgano de control en el desempeño de sus funciones, la asignación oportuna de los recursos económicos, material logístico y otros.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de implementación de los componentes del sistema de control y su incidencia en la productividad del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, periodos 2013 al 2015?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cómo se desarrollan los principales componentes del sistema de control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, periodos 2013 al 2015?

- ¿Cómo evaluar en términos de eficiencia y eficacia, las acciones de control y las actividades del plan anual de control programadas por el Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Evaluar el desarrollo de los componentes principales del sistema de control interno; así como la productividad de los informes de control y sus acciones, en el logro de sus objetivos del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar el desarrollo de cada uno de los principales componentes del sistema de control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015.
- Determinar el nivel de eficiencia y eficacia de las acciones de control y las actividades del plan anual de control programada por el Órganos de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015.
- Proponer lineamientos generales, para la mejorar la productividad del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Lorena (2007) en su conclusión señala que el organismo auditado no cuenta con las herramientas necesarias para hacer su descargo, ya que no cuenta con la información necesaria para efectuarlo; y como antes se expuso, de hecho, no le es remitida ninguna versión preliminar para que lo realice, debe considerarse que la existencia de un adecuado control interno es una condición, no una garantía, para que un organismo haya dado efectivo cumplimiento, en su desempeño, a sus objetivos operativos, financieros, normativos y de economía, eficiencia y eficacia de la gestión. Por lo tanto, para comprobar con mayor profundidad el funcionamiento real de este desempeño y cumplir con el mandato del control asignado a la auditoría, puede resultar necesario complementar los exámenes del control interno, mediante la realización de otras actividades.

Espinoza (2011), en su conclusión define, se ha establecido como forma en que la auditoría puede colaborar para el apropiado control interno en una institución educativa de nivel superior es a través de la verificación permanente sobre la

implementación de los controles internos aplicados, en la eficacia y eficiencia de las decisiones ejecutivas, y en el acatamiento de las metas y objetivos corporativos, para administrar los riesgos.

Roque (2012), en su conclusión define, en relación a la oferta y demanda de los servicios profesionales de Auditoría en el mercado local; esta refleja la conformidad de los Servicios de Auditoría Financiera dentro de las organizaciones empresariales; Sin embargo, la Auditoría Integral traería mejores beneficios para la Empresa por ser un instrumento de gestión y no de control como actualmente se haciendo en el trabajo profesional del Contador – Auditor. La actividad del Contador – Auditor se encuentra atrasado por falta de una evaluación de calidad de servicio profesional que presenta y una mayor participación en el desarrollo de la profesión contable a través de las Instituciones Educativas y gremios profesionales.

Condori (2010), en su conclusión define: Las sociedades de auditoría y los auditores independientes utilizan el muestreo no probabilístico en el desarrollo de sus labores de campo. Debido a que es fácil el procedimiento en la determinación de muestras, dentro de los cuales utilizan el muestreo por conveniencia, muestreo por juicio esto a la experiencia profesional de los auditores.

Sotomayor (2009), en su tesis doctoral sobre control interno dice: “La conclusión principal de esta tesis es establecer un Programa de Capacitación modelo a utilizarse de forma permanente en las organizaciones públicas del Estado peruano, sensibilizando que el control Gubernamental es tarea de todos, se ejecuta bajo dos modalidades, la primera se denomina control interno y es

responsabilidad de todos los miembros de una organización pública, la segunda modalidad se denomina control externo que es ejecutado tanto por las EFS, por los auditores designados por esta y por toda aquella institución del Estado que tenga dentro de su competencia realizar alguna supervisión.

Salazar (2014), en su tesis de maestría sobre control interno, expresa: “La Contraloría General, ha establecido cinco (05) componentes del Sistema de Control Interno. La profundidad en la aplicación de cada uno de ellos dependerá principalmente de la naturaleza de cada entidad. Así tenemos, el "Ambiente de Control" dedicado a la organización de la entidad y a la sensibilización del personal respecto al Control Interno. La "Evaluación de Riesgos", necesario para identificar y priorizar el control en aquellas operaciones que ponen en riesgo la consecución de los objetivos y metas de la entidad. Las "Actividades de Control Gerencial", comprenden en sí, desarrollar procedimientos que aseguren el manejo de los riesgos detectados, teniendo en cuenta algunas pautas como responsables, registros, accesos, verificaciones, entre otros. Por su lado con la "Información y Comunicación" se busca fomentar el uso de plataformas de información para la toma de decisiones, y con la "Supervisión" se incentiva efectuar los ajustes y mejoras al Sistema de Control Interno”.

Crisólogo (2013), en su tesis de maestría, sobre la gestión de gobierno locales del Callejón de Huaylas – Áncash, dice “Se ha establecido que el grado de evaluación de riesgo incide en la mejora de la calidad de vida de la población; que los niveles de actividades de control influyen en el rendimiento de la ejecución presupuestal versus presupuesto de gasto; se ha determinado que el grado de información y comunicación mejora favorablemente los niveles de eficiencia, eficacia y economía; los datos obtenidos como producto de la

recopilación de los datos permitió establecer que el nivel de monitoreo en las actividades de control alcanza el desarrollo económico y humano; y, se ha establecido que el grado de cumplimiento de leyes y normas vigentes logra al comportamiento de gastos versus ingresos, por fuentes de financiamiento”.

Aquipucho (2016), en su tesis de maestría sobre el control interno en adquisiciones y contrataciones municipal, dice Mediante entrevistas y encuestas se tiene como resultado principal que efectivamente el Control Interno influye en los Procesos de Contrataciones y Adquisiciones. Sin embargo, existe un marco de control normativo emitido por la Contraloría General de la Republica en el año 2006, disponiendo la implementación del Sistema de Control Interno basado en el modelo COSO, es de resaltar que los controles internos en la X Municipalidad Distrital de Carmen de la Legua Reynoso, aún no han sido implementados haciendo caso omiso a dicha disposición por parte de los funcionarios responsables. En este sentido, aumenta el riesgo de las actividades realizadas de tal modo que influyan negativamente sus operaciones comprometiendo sus recursos y poniendo en riesgo el resultado de los servicios a la sociedad”.

Gonza (2015), en su tesis de maestría, sobre el plan estratégico para la mejora de la gestión pública, dice “Se determinó que con la aplicación del plan estratégico mejora la gestión pública de la Municipalidad de Puerto Eten. Esto apoyándonos en la prueba de la normalidad y la prueba de hipótesis que dice que la aplicación del plan estratégico mejora significativamente la gestión pública. Se determinó que la aplicación de un plan estratégico mejora la eficacia y la productividad de la gestión pública de la Municipalidad de Puerto Eten - Chiclayo en el período 2015-2020”.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Clases de Auditorías

Según Elorreaga (2005) las auditorías internas REGULARES normalmente se basarán en el Programa. Esta clase de auditoría por lo general habrá de corresponder a los planes de trabajo periódicamente preparados por el Auditor General y aprobados por las autoridades superiores, aunque también podrá tener otro origen, siempre que en aquella se aplicare el programa.

Las auditorías internas ESPECIALES no se basarán en el Programa. Esta clase de auditoría generalmente se referirá a alguno de los siguientes casos.

Investigación de alguna denuncia o irregularidad administrativa, o de algún caso de conducta impropia de algún funcionario.

Investigación, análisis o estudio de algún hecho o situación de naturaleza contable, crediticia, financiera, administrativa, etc., referente a la Corporación o para algunos de sus prestatarios. (Elorreaga, 2005).

2.2.2 Aspectos generales de la auditoría

Los hombres vivimos en una sociedad, en la cual nos vamos interrelacionando con otros hombres en cada una de las actividades que nos corresponde realizar y es en esta relación cuando podemos evidenciar el grado de simpatía o de desagrado que nos causan determinadas personas, lo cual hace ver que en cada situación vamos a ir calificando y evaluando las acciones de esas otras personas que nos

rodean y es así que estas acciones positivas o negativas las vamos a ir comparando con aquellas situaciones ideales, con aquellos comportamientos impecables que hemos ido forjando como fruto de nuestra experiencia, de nuestras vivencias. (Espinal, 2003).

2.2.3 Sanciones derivadas del proceso de control

La Ley del Sistema Nacional de Control (2006) indica que las acciones de control que ejecutan las Oficinas de Auditoría Interna, no serán concluidas sin que se otorgue al personal responsable, la oportunidad de conocer y hacer comentarios y aclaraciones sobre los hallazgos en que estuvieran incurso.

Cuando en el informe se identifique responsabilidades, sea de naturaleza administrativa funcional, civil o penal, la autoridad institucional adopta las acciones para el deslinde y aplicación de la respectiva sanción, así como iniciaran ante el fuero respectivo el proceso a que hubiera lugar de acuerdo a la responsabilidad establecido.

Las sanciones las impone el titular de la entidad y en su caso por el organismo o sector jerárquico superior o el llamado por Ley. (Espinal, 2004).

2.2.4 De los aspectos preparatorios

El Auditor debe considerar que verificará un Proceso de Contrataciones sistemática, ordenada y preclusivamente actuando de modo tal que su desarrollo tiene una lógica natural pues se impulsa en

base a una metodología que toda persona natural o jurídica actuara en su proceso de contratación. (Alvarez, 2014).

Esta convicción conceptual le proyectara al Auditor certeza de que cada una de las fases del Proceso de Contratación se concatena una a otra de modo que la verificación de una actuación o acto administrativo implicará que se verifique todas las demás actuaciones y actos anteriores (Alvarez, 2014).

a) Acciones de control

- Verificación de los objetivos y metas institucionales.
- Verificación del Plan Operativo Institucional.
- Oportunidad en la determinación de los bienes, servicios y obras en concordancia con los objetivos y metas institucionales y plan operativo.
- Verificación de la Programación de la Contratación de acuerdo a su prioridad (Alvarez, 2014).

b) Riesgos

- Que, los bienes, servicios y obras determinados como necesidades no sean compatibles con los objetivos y metas institucionales y el plan operativo institucional.
- Que, la determinación de necesidades no se haya llevado a cabo dentro de la fase de programación y formulación del proceso presupuestario. (Alvarez, 2014).

“La normativa correspondiente nos exige conocer determinados conceptos; entre ellos, los siguientes: Fase de programación y

formulación del presupuesto Institucional; presupuesto Institucional; meta presupuestaria; programación de acuerdo a sus prioridades; créditos presupuestarios, etc., (Alvarez, 2014).

2.2.5 Las medidas correctivas

Una medida correctiva es un acto administrativo de gravamen, en la medida que constituye una declaración de una entidad, que limita la libertad o los derechos de los administrados, produciendo efectos jurídicos sobre los intereses, obligaciones, o derechos de los administrados dentro de una situación concreta, y declarando para este una situación desfavorable como por ejemplo: la pérdida de patrimonio en el comiso de bienes, la suspensión de actividades en curso, la internamiento de vehículos, el cierre de un local comercial o la paralización de actividades comerciales. (Morante, 2014).

2.2.6 Visión global de las herramientas para evaluar la calidad

a) Preparación y Fase Preliminar.

El primer paso en una Evaluación de Calidad, después de acordar el alcance, los objetivos y los arreglos administrativos, es que el líder del equipo de evaluación de calidad emprende el trabajo de preparación y planificación establecida en la herramienta. A su vez, la recopilación de información pertinente sobre la organización y la actividad de AI., apropiada para el alcance y las necesidades del equipo evaluador, debe ser emprendida por el director ejecutivo de auditoría (DEA) (Instituto de Auditores Internos del Perú y Instituto de Investigación el Pacífico E.I.R.L., 2004).

b) Guía para entrevista.

Como parte del trabajo del equipo evaluador en las oficinas del cliente, se recopila información adicional a través de entrevistas en enfoque en una selección de los mismos tipos de terceros interesados encuestados anteriormente. Estas entrevistas sirven para seguir y expandir los resultados de las encuestas (Instituto de Auditores Internos del Perú y Instituto de Investigación El Pacifico E.I.R.L., 2004).

c) Segmentos del Programa de Evaluación de Calidad.

Estos segmentos del programa constituyen la esencia de la evaluación de calidad, y sirven Para documentar y validar la capacidad de la actividad de AI. Con las normas, así como la eficiencia de sus políticas y procesos. También sirven para identificar y documentar las oportunidades para mejorar la eficacia y el valor de la actividad de Auditoría Interna (Instituto de Auditores Internos del Perú y Instituto de Investigación El Pacifico E.I.R.L., 2004).

d) Evaluación e Informe de resultados de una evaluación de calidad.

Esta es la fase de un proyecto de evaluación de calidad en el cual los resultados se reúnen y evalúan, se ubican en una agenda de una reunión de cierre y se incluyen en el borrador del informe del proyecto; Las herramientas para esta fase final son:

- Hoja de trabajos sobre observaciones y otras cuestiones.
- Resumen de la evaluación del cumplimiento de las normas.

- Modelo de Informes sobre evaluación de calidad (Instituto de Auditores Internos del Perú y Instituto de Investigación El Pacifico E.I.R.L., 2004).

2.2.7 Inicio del procedimiento sancionador y el principio de oficialidad

El procedimiento sancionador se inicia siempre de oficio por parte de la entidad instructora, bien por propia iniciativa o como consecuencia de orden superior, petición motivada de otros órganos o entidades, o a través de una denuncia. Esta regla se deriva de la propia naturaleza de procedimiento de oficio y también de la necesidad de efectuar el control posterior, en contrapartida al principio de verdad material. A su vez, esta previsión legal sustenta la exclusividad de la persecución independiente que radica en la potestad sancionadora a favor de la Administración Pública, de tal modo que una vez iniciada la fase previa de investigación, no hay a razón por la cual, la Administración deba dejar de investigar, hasta determinar si existe o no, fundamentos para dar curso al procedimiento administrativo sancionador. (Morante, 2014).

2.2.8 La evidencia en la auditoría y el peritaje

La suficiencia constituye muchas veces un serio problema en el desarrollo de un peritaje. No pocos magistrados y abogados preguntan por qué no se sentencia en base a los resultados de una auditoría. La respuesta es sencilla. La auditoría es una revisión contable efectuada en base a pruebas selectivas, es decir la revisiones parciales de la contabilidad, cuya extensión dependerá de los procedimientos contables

y medidas de control interno que tenga implementadas la empresa en protección a sus activos. (Caro, 2010).

2.2.9 La auditoría forense y su naturaleza dentro del ámbito de las ciencias

En estos tiempos modernos, existe una mayor exigencia hacia la profesión contable y sus especialidades respecto a nuevas tareas y nuevos retos que tienen que enfrentarse, especialmente cuando un contador ejerce su función de auditor. Es así que, en el curso o desarrollo de su trabajo, el profesional contable debe hacer frente a diversos fenómenos existentes en nuestra sociedad, como son: el fraude, la corrupción, el narcotráfico y el terrorismo, asociado al lavado de dinero y activos, entre otros delitos. (Caro, 2010).

“Es en estas condiciones que surge una nueva especialidad, la denominada Auditoría Forense, considerada por muchos como una opción válida para que el trabajo de los auditores brinde una mayor eficacia y aporte a la sociedad, al convertirse los auditores en elementos claves en la lucha contra el fraude y la corrupción, es decir contra la criminalidad organizada. (Caro, 2010).

2.2.10 ¿Cuál es la participación de la sociedad civil en la lucha contra la corrupción?

Todavía hay peritos privilegiados que siempre efectúan los peritajes de mayor trascendencia, gracias a recomendaciones de ciertos magistrados. Cuando se efectuó una verdadera estadística por juzgados, de quienes han sido los peritos designados, las sorpresas serán muy

grandes. Se comprobará que no se cumple con la selección aleatoria a que obligan las normas periciales. La transparencia aun no ha llegado del todo en la selección de los peritos pese a los esfuerzos de la jefa del REPEJ. (Caro, 2010).

La sociedad requiere un Poder Judicial respetado y respetable y no como ahora que, según una encuesta de APOYO, solo el 17% a nivel nacional lo aprueba. Ello se confirma cuando la OCMA suspende al juez Vizcarra Pacheco por desbalance patrimonial de S/. 1'000,000 soles en vehículos y propiedades. Aquí surge una gran cuestión: ¿Por qué no se tiene temor a la cárcel? Sencillamente porque ella es “dorada” y no se devuelve el dinero mal habido ni se paga la reparación civil. Respecto a la carga procesal civil que también origina corrupción, bienvenida la reforma al sistema conciliatorio tiene temor. (Caro, 2010).

2.2.11 Postulado 7: Acceso a todo tipo de información pública

Para cumplir efectivamente con sus funciones, los auditores deben tener acceso, tanto a las fuentes de información, como a la documentación que elaboran los funcionarios y empleados de la entidad; Aspecto que se encuadra dentro del precepto de universalidad. La atribución de la Institución Superior de Auditoría en cuanto a acceder a todo tipo de información y sin limitación alguna a los registros, operaciones y transacciones de toda índole celebrado por entidades públicas, contribuye a reducir al mínimo los futuros problemas en su ámbito de competencia. (Estrella y Munive, 2004).

2.2.12 ¿Qué es la acción de control?

La acción de control es la herramienta esencial del Sistema, por la cual el personal técnico de sus órganos conformantes, mediante la aplicación de las normas, procedimientos y principios que regulan el control gubernamental, efectúa la verificación y evaluación, objetiva y sistemática, de los actos y resultados producidos por la entidad en la gestión y ejecución de los recursos, bienes y operaciones institucionales (Claros y León, 2012).

Las acciones de control se realizan con sujeción al Plan Nacional de Control y a los planes aprobados para cada órgano del Sistema de acuerdo con su programación de actividades y requerimientos de la Contraloría General. Dichos planes deberán contar con la correspondiente asignación de recursos presupuestales para su ejecución, aprobada por el titular de la entidad, encontrándose protegidos por el principio de reserva. (Claros y León, 2012).

2.2.13 Evidencias de auditoría y métodos de obtención de información

Como sabemos que, la evidencia es la información obtenida durante la labor de la auditoría, que resulta de la aplicación de las técnicas de auditoría. La evidencia de auditoría puede ser de cuatro tipos, ellos son; física, testimonial, documental y analítica. (Estrella y Munive, 2004).

2.2 14 Actividades de control

Son aquellas actividades que tienen un carácter preventivo, las cuales son realizables por los órganos que conforman el Sistema Nacional de Control, siendo las de mayor aplicación las siguientes.

- Veedurías.
- Evaluación de denuncias. (Claros y León, 2012).

2.2.15 Organización el 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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

En tal sentido, se considera que son principios aplicables al sistema de control interno:

- 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;
- 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

- 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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

El enfoque moderno establecido por la Ley N° 28716 (2006), 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: (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

- Ambiente de control.
- Evaluación de riesgos.
- Actividades de control gerencial.
- Información y comunicación.
- Supervisión, que agrupa a las actividades de prevención y monitoreo, seguimiento de resultados y compromisos de mejoramiento.

2.2.16 Componentes del control interno

a) Componente del 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. (Mesa, 2014)

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

b) Componente evaluación de riesgos

Significa que se deben identificar, analizar y administrar los factores o eventos que puedan afectar adversamente el cumplimiento de los fines, metas, objetivos, actividades y operaciones institucionales. (Mesa, 2014).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

c) Componente actividades de control

Relacionado a 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. (Mesa, 2014).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

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. Las actividades de control gerencial se dan en todos los procesos, operaciones, niveles y funciones de la entidad. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

d) Componente actividades de control

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. (Mesa, 2014).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

e) Componente de supervisión

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. (Mesa, 2014).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

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. (Resolución de Contraloría General N° 320, 2006).

2.2.17 Implementación del sistema de control interno a nivel de entidad

Se iniciará con el diseño e implementación de aquellos controles que están a nivel entidad o general, estos afectan al mismo tiempo a toda

la entidad es decir a todos los procesos, actividades y unidades de la organización. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

A continuación, se desarrollan detalladamente cada uno de los componentes de las normas de control interno que ayuden a la gestión de las entidades en el proceso de implementación. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

a) Implementación del componente ambiente de control

De acuerdo con las NCI, la importancia de este componente radica en el establecimiento de una cultura de control interno mediante el ejercicio de lineamientos y conductas apropiadas. El ambiente de control es la base que sostiene a los demás componentes del control interno. Sin un sólido ambiente de control el adecuado establecimiento de los demás componentes resulta ineficaz, tal como en toda buena construcción es fundamental colocar buenos cimientos, ya que sin ellos sería imposible que una construcción sea estable y duradera. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

b) Implementación del componente evaluación de riesgos

Para implementar el presente componente se diseñará y aplicará una metodología para la administración de riesgos, identificando, analizando, valorando y dando respuesta a los riesgos que está expuesta la institución, optimizando los recursos disponibles a través de la minimización de las pérdidas que pudieran presentarse

como por la no consecución de sus objetivos. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Es preciso señalar que el presente componente permitirá la identificación de riesgos a nivel de entidad y a nivel de procesos, para el primer caso estarán en función a los objetivos institucionales de carácter general y el segundo en función de los objetivos de cada proceso. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

c) Implementación del componente actividades de control

La implementación del componente actividades de control gerencial estará relacionada con el anterior componente de evaluación de riesgos y deberá ser aplicada de manera conjunta y en forma continua. Asimismo, las actividades de control gerencial que se presentan en la NCI podrán ser implementados tanto a nivel de entidad como a nivel de procesos. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

d) Implementación del componente de información y comunicación

El componente busca implementar los mecanismos y soportes de la información y comunicación dentro de una entidad, para lo cual se ha establecido algunos lineamientos y políticas que puedan permitir su implementación. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

e) Implementación del componente supervisión

El componente permitirá cerrar el proceso de control interno dentro de una entidad buscando garantizar la adecuada implantación de los controles y su funcionamiento. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

2.2.18 Implementación del sistema de control a nivel de procesos

La adecuación a una gestión por procesos por parte de la entidad, será fundamental para el desarrollo de una implementación o mejoramiento de controles a este nivel. El tener identificados los procesos contribuye a que la entidad pueda identificar debilidades y aportar en la eficiencia de las operaciones. El hecho de contribuir a mejoras en la entidad, constituye el mejoramiento continuo a través del cual se logra ser más productivo y competitivo. Al implementar y analizar los procesos que utiliza la entidad, permite mejorar y corregir los mismos procesos que utilizan y corregir las desviaciones. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Para efectos de implementar el SCI a nivel de procesos, será necesario que las entidades cuenten con la identificación y documentación de sus procesos, así como la implementación de las políticas y directivas necesarias para el cumplimiento de las NCI a nivel entidad. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Dado que un proceso tiene la capacidad de cruzar horizontal y verticalmente a toda la entidad nos va a permitir conocer a toda la entidad y focalizarnos en:

- Identificar los puntos críticos de riesgo operativo del proceso.
- Evaluar las tres “E” (eficiencia, eficacia y economía) de la entidad sobre la base de objetivos estratégicos institucionales.
- Identificar y proponer acciones preventivas de la ocurrencia de eventos no deseados (riesgos) y que sean preponderantes sobre los correctivos.
- Promover la adopción de mejoras evitando su proliferación.
- Aplicar las NCI para evitar la discrecionalidad en el ejercicio de facultades o en la aplicación de recursos.
- Proponer mecanismos de autocontrol y autoevaluación.

Para la implementación del SCI a nivel de procesos se requiere que al menos la entidad realiza los siguientes pasos: (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

a) La entidad debe tener pleno conocimiento de las condiciones que identifican un proceso:

- Debe describir las entradas y salidas.
- El proceso cruza uno varios límites organizativos funcionales.
- Una característica de los procesos es que son capaces de cruzar vertical y horizontalmente toda la organización.
- Un proceso responde a la pregunta del ¿qué? y no al ¿cómo?.
- Debe ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la entidad.
- El nombre asignado a cada proceso debe estar relacionado con los conceptos y actividades que se realizan.

b) Identificación de los procesos

Se debe contar con una lista de los procedimientos, actividades y tareas que realiza la empresa, tomando en consideración: El nombre asignado al proceso debe ser representativo de lo que conceptualmente representa; la totalidad de las actividades que desarrolla la empresa deben estar incluidas en alguno de los procesos listados; la forma más sencilla de identificar procesos propios es tomar como referencia otras listas afines al sector en el cual se mueven y trabajan sobre la misma aportando las particularidades de cada uno. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Es conveniente que el equipo de trabajo a cargo identifique en el mismo proceso los ciclos de Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (Ciclo de mejora continua). (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

c) Diagrama de Flujo

De acuerdo a las actividades identificadas en el proceso, éstas deberán representarse a través de un diagrama, en el que se puedan identificar con claridad los subprocesos y flujos de información. Los diagramas deberán validarse por parte de los responsables de dicho proceso. El diagrama de flujo es una descripción gráfica del proceso, que puede ser entendida por todos los niveles de la entidad; se debe cuidar que reflejen fielmente las actividades, nivel de personal responsable, tiempos de ejecución tipo de actividad, formato de la información y controles existentes,

entre otros aspectos. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

d) Priorización de procesos

Una vez establecido la lista de los procesos de la entidad por el equipo de trabajo se deberá identificar los procesos críticos. Para la determinación de los procesos críticos, el equipo de trabajo debe calcular el impacto del proceso, para cada proceso a revisar, se debe determinar una valoración de la importancia del proceso tomando en cuenta cuan involucrados se encuentran con los objetivos estratégicos y las metas institucionales. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

La entidad implementará esta fase progresivamente, comenzando con sus procesos críticos, para luego seguir con los restantes, para esto el comité o equipo encargado de implementar realizara lo siguiente: (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Efectuará el seguimiento al proceso seleccionado, identificando primero, los objetivos que están involucrados en todo el proceso. Seguidamente se identificará y evaluará los riesgos o eventos negativos que dificulten el logro de los objetivos del proceso. El análisis de los riesgos consiste en la identificación y análisis de los puntos críticos que podrían afectar la consecución de las metas y objetivos de los procesos, se realizará sobre información registrada en el diagrama de flujo, además de la obtenida por observación directa. Asimismo, los elementos de control y los riesgos que se

identifiquen, serán señalados en los diagramas de flujo. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

El desempeño de una entidad puede verse amenazado tanto por factores internos como externos; dichos factores, a su vez, pueden incidir en las metas y objetivos. La evaluación de riesgos de una entidad debe tener en cuenta eventos adversos que puedan surgir, siendo esencial que los riesgos más relevantes sean identificados. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

Después de que se hayan identificado los riesgos del proceso deben llevarse a cabo un análisis y administración de los mismos a través de matrices y mapas de riesgos, una vez clasificados y cuantificados los riesgos se deben identificar los controles que permitirían mitigar los riesgos, para esto se debe efectuar una evaluación a la suficiencia de estos mediante pruebas de cumplimiento, lo cual permitirá implementar, diseñar y establecer los controles necesarios. Asimismo, se deberá tener en cuenta las características y el cumplimiento de cada actividad de control con los objetivos de control interno. El equipo o comité de implementación deberá determinar criterios y parámetros para medir el nivel del control en cuanto a criterios de eficiencia, eficacia y economía. (Resolución de Contraloría General N° 458, 2008).

2.2.19 ¿Cómo el Perú se encuentra en percepción de corrupción a nivel internacional?

Medir la corrupción en forma objetiva es muy difícil, toda vez que es una actividad clandestina, informal y que evita toda forma de evidencia; de ahí que organismos internacionales como Transparencia Internacional, desde al año 1995, viene elaborando el Índice de Percepción de Corrupción a nivel mundial, sobre la base de encuestas a empresarios, ejecutivos y expertos de cada uno de los países incluidos en este índice. (Claros y León, 2012).

En los últimos 10 años, el Perú obtuvo índices que fluctuaron entre 3,3 3,7 que en una escala donde 0 es “Altamente corrupto” y 10 “Altamente Transparente”, refleja una elevada percepción del nivel de corrupción en nuestro país, con respecto a los demás países del mundo (Claros y León, 2012).

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis general

El sistema de control interno, influye negativamente en la gestión y desarrollo de sus actividades para el logro de sus objetivos del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, periodos 2013 al 2015.

2.3.2 Hipótesis específicas

- **Hipótesis específicas 1:** Es ineficaz e ineficiente, el grado de cumplimiento de los componentes del sistema de control interno, que

repercuten de manera negativa en la gestión institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, períodos 2013 al 2015.

Variable independiente: Componentes del sistema de control interno.

Indicadores: Ambiente de control interno, evaluación de riesgos, actividades de control gerencial, información y comunicación, y Supervisión y monitoreo.

Variable Dependiente: Gestión institucional.

Indicadores: Eficacia, eficiencia y economía.

- **Hipótesis específicas 2:** El control interno existente, dificulta el desarrollo de la programación de las actividades del plan anual de control del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, períodos 2013 al 2015.

Variable Independiente: Actividades de control interno.

Indicadores: Ambiente de control interno, actividades de control gerencial, información y comunicación, y supervisión y monitoreo.

Variable Dependiente: Cumplimiento de la programación del Plan Anual de Control de la OCI.

Indicadores: Plan Anual de Control, capacidad operativa del Órgano de Control y producción de acciones de control.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE E INDICADORES	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS
<p>VARIABLES INDEPENDIENTE: Componentes del sistema de control interno</p> <p>Indicadores Ambiente de control interno Evaluación de riesgos Actividades de control gerencial Información y comunicación Supervisión y monitoreo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Cumplimiento de la programación del Plan Anual de Control de la OCI</p> <p>Indicadores Plan Anual de Control Capacidad Operativa del Órgano de Control Producción de Acciones de Control</p>	<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es el nivel de incidencia en la productividad del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cómo se desarrollan los principales componentes del sistema de control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015?</p> <p>¿Cómo evaluar en términos de eficiencia y eficacia, las acciones de control y las actividades del plan anual de control programadas por el Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Evaluar la productividad de los informes de control y sus acciones, en el logro de sus objetivos del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Analizar el desarrollo de cada uno de los componentes del sistema de control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p> <p>Determinar el nivel de eficiencia y eficacia de las acciones de control y las actividades del plan anual de control programada por el Órganos de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p> <p>Proponer lineamientos generales, para la mejorar la productividad del Órgano de Control Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: El sistema de control interno, influye negativamente en la gestión de sus actividades para el logro de sus objetivos del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: Es ineficaz e ineficiente, el grado de cumplimiento de los componentes del sistema de control interno, que repercuten de manera negativa en la gestión institucional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p> <p>El control interno existente, dificulta el desarrollo de la programación de las actividades del plan anual de control del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015</p>

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO Y MÉTODOS

3.1.1 Métodos de investigación

El trabajo es de tipo descriptivo y explicativo. Es descriptiva, por que consiste en buscar esclarecimientos posesiones, características y hechos importantes de cualquier transgresión que hubiere en el cumplimiento de sus funciones del servidor comprometido de los órganos de control institucional, se analice el régimen laboral en la que esté y la modalidad en la que se encuentre.

Es explicativa por que consiste en establecer las causas de las acciones de control y actividades, cómo ocurre el incumplimiento de un hecho y en qué condiciones se da éste. Dado que la naturaleza de la investigación es explicativa surge la necesidad de plantear una investigación correlacional que consiste en evaluar el grado de relación entre dos variables. Se dará a conocer las definiciones, conceptos legales y procedimientos técnicos referentes al cumplimiento e incumplimiento de las acciones de control y

actividades programadas por los servidores que laboran bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276 y el Decreto Legislativo 728.

Igualmente, es cuantitativo, porque consiste en utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población en estudio.

3.1.2 Técnicas para la recolección de datos

Se generó el instrumento, tomando en cuenta las variables e indicadores propuestos para evaluar el sistema de control interno imperante en la Institución. Comprende las visitas a la Oficina de Control Institucional, al titular del Hospital, a las jefaturas de las unidades y departamentos de su estructura organizacional, entrevistando a los servidores que laboran en ella, a los cuales se les explicará el objetivo de la investigación y posteriormente se les dará el cuestionario.

3.1.3 Técnica de la investigación

La técnica de recolección de información como: "el método de recolección de datos de información pertinente sobre las variables involucradas en la investigación". Lo que el autor trata de explicar es que la técnica no es más que la manera cómo se van a recaudar, a recoger los datos, directamente en el lugar de los acontecimientos.

Para nuestro caso utilizamos el cuestionario, que consiste en recopilar información sobre datos generales, opiniones, sugerencias o respuestas

que se proporcionen a preguntas formuladas, para su respectivo análisis. Para la evaluación del programa anual de control, se ha recurrido a la información documental existente en la Institución.

3.1.4 Instrumento de investigación

A propósito de lo planteado, el cuestionario está conformado por preguntas categorizadas, dado que ofrecen una riqueza técnica más amplia. Las respuestas tienden a ser más objetivas. Interrogantes que recogen las inquietudes y acciones que surgen del problema planteado, aplicando para el tipo de preguntas la Escala de Likert (en anexo); el cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, entre los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción emitiendo uno de los puntos de la escala. Validamos la escala, dentro del marco de la bibliografía definida por el Hernández, Fernández. y Baptista, (2006), quien en su obra Metodología de Investigación, expresa que “la codificación de datos, significa asignarles un valor numérico o símbolo que represente a los datos, es necesario para analizarlos cuantitativamente, y a nivel de medición ordinal, las categorías mantienen un orden de mayor a menor o viceversa”.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Ámbito o lugar de estudio

Abancay es el centro industrial y comercial de la Región Apurímac. Debido a su carácter de capital de la región y sede de varias universidades e instituciones de educación superior, el sector de los servicios está muy

desarrollado. Abancay está ubicado en el sur de los andes peruanos, entre las cordilleras oriental y occidental, a una altura de 2,377 msnm a orillas del río Mariño, afluente del río Pachachaca.

La atención de salud en la ciudad de Abancay, al igual que muchas ciudades del Perú, es limitada por la carencia de especialistas médicos y la falta de equipamiento médico de alta tecnología. No hay atención permanente en los servicios de neurología, nefrología, siquiatria, geriatría, neumología. No existe aparatos de resonancia magnética, pero si ya se cuenta con un moderno tomógrafo en el hospital de seguro y otro en la ciudad de Curahuasi. Muchos análisis microbiológicos deben hacerse en enlace con otros lugares.

Las principales instituciones de salud son el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, el Hospital Essalud y el Centro Médico Santa Teresa del Obispado de Abancay.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Categoría II-2, fue inaugurado el 20 de noviembre de 1964, concebido según los estándares de aquella época, tiene forma de edificio cuadrangular con los lados interceptados por amplios pasillos en un área de 10,548.25 m² de construcción. El globo de terreno de la Institución está conformado por 1.97 hectáreas (19,748.25 m²), de las cuales 1.01 corresponden a edificios, calles, aceras y estacionamientos y 0.92 hectáreas de áreas verdes.

Los fines y objetivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, se resume:

a) Fines:

- Lograr la recuperación de la salud de la mujer, neonato, niño, adolescente; y población en general y lograr la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, considerando las condiciones de calidad, oportunidad, equidad y plena accesibilidad; en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

b) Objetivos:

- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- Diseñar e implementar el plan de desarrollo de Recurso Humano del hospital.
- Implementar el plan de mejoramiento continuo de la calidad en la atención a los usuarios en los servicios del hospital.

- Elaborar e implementar el plan de saneamiento básico del hospital.
- Diseñar e implementar el plan de promoción de la salud (IEC) en la atención de los servicios y la comunidad.
- Propiciar convenios interinstitucionales.
- Lograr la incorporación de nuevos conocimientos científicos, metodología y aplicación de tecnologías modernas para mejorar la atención de la salud de la población.
- Definir y fortalecer la cultura organizacional del Hospital.

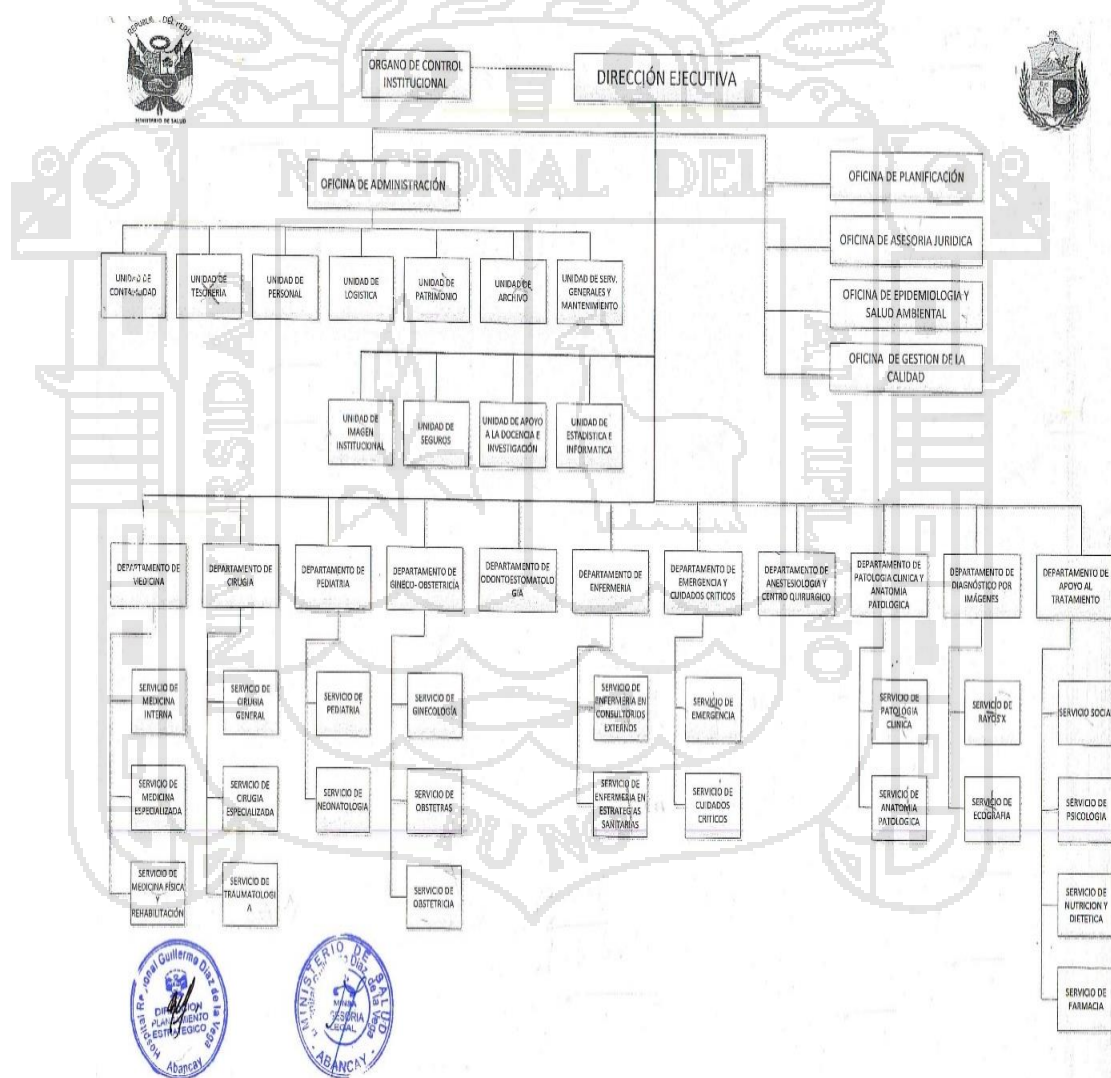


Figura 1. Organigrama del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Fuente: Estructura Orgánica del Hospital.

3.2.2 Población

La población constituye, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, como institución estatal al servicio de la salud ciudadana, su organización estructural en funciones, particularmente el conjunto de personas que guardan relación o que tienen que ver, con la problemática de las acciones y actividades de control del Órgano de Control Institucional (OCI).

3.2.3 Muestra

Recurriendo a las teorías sobre la determinación de la muestra, representativa de la población, asumimos la técnica expuesta por Lagares y Puerto (2001), que valida el “muestreo intencional u opinático: en el que la persona que selecciona la muestra es quien procura que sea representativa, dependiendo de su intención u opinión, siendo por tanto la representatividad subjetiva”.

Por tanto, en el presente trabajo, la muestra constituye el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, conformado por el personal permanente de la Oficina de Control Institucional, el Director Ejecutivo, nueve jefaturas de las unidades, ocho jefaturas de los departamentos y cinco servidores de la estructura orgánica institucional, totalizando veintiséis (26) personas como unidad de análisis, el período cubierto en los años 2013 al 2015.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación se derivan de la aplicación de las encuestas al personal determinado en la muestra que labora en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay; los mismos que se exponen a continuación.

4.1 DETERMINACION DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO QUE REPERCUTEN EN LA GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL

El primer objetivo específico planteado en la investigación es “Determinar el grado de cumplimiento de los componentes del control interno que repercuten en la gestión de la Oficina de Control Interno Institucional (OCI) del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay; para lograr el objetivo se ha recurrido a la técnica de la encuesta a través de un cuestionario; el mismo que nos ha permitido visualizar un panorama más amplio de la situación en relación al grado de aplicación de las normas de control interno. Nos permitió conocer la solidez de los controles, asimismo determinar las áreas críticas y los riesgos.

Para alcanzar el objetivo propuesto; se presentan los siguientes resultados:

4.1.1 Implementación y cumplimiento de los componentes del control interno

En la investigación se analizaron cinco componentes del control interno, que fueron evaluados para determinar el grado de implementación y cumplimiento del sistema de control en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay. A continuación, mostramos los resultados alcanzados en la investigación por cada componente; y, es como sigue:

Cuadro 1. Ambiente de control.

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, existe un ambiente de confianza positivo y una actitud de apoyo, hacia las actividades de control interno?	1	10	9	6	0
2	¿En qué grado, el personal de la administración hospitalaria, se comporta de acuerdo con los lineamientos de conducta planteados en la "Ley del Código de Ética de la Función Pública"?	0	8	9	6	3
3	¿En qué grado, se aplica la estructura organizacional (organigrama), visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la administración hospitalaria?	4	8	8	3	3
4	¿En qué grado, se aplican los documentos de gestión (MOF y ROF), en la administración hospitalaria?	9	8	5	4	0
5	¿En qué grado, se dan las condiciones laborales adecuadas y capacitaciones apropiadas, al personal de la administración hospitalaria?	8	9	5	4	0
6	¿En qué grado, el personal tiene conocimiento de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del sistema de control interno en el desarrollo de sus actividades?	9	9	7	1	0
7	¿En qué grado, el personal conoce las responsabilidades inherentes al desempeño y cargo que ocupa?	2	5	8	7	4
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		33	57	51	31	10
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		18%	31%	28%	17%	6%

Fuente: Normas de control interno. (Ver anexos 1 al 4)

Cuadro 2. Componente ambiente de control.

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
VALOR %	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
18 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
31 %	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
28 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
17 %	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
06 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas aplicadas en el cuadro 1.

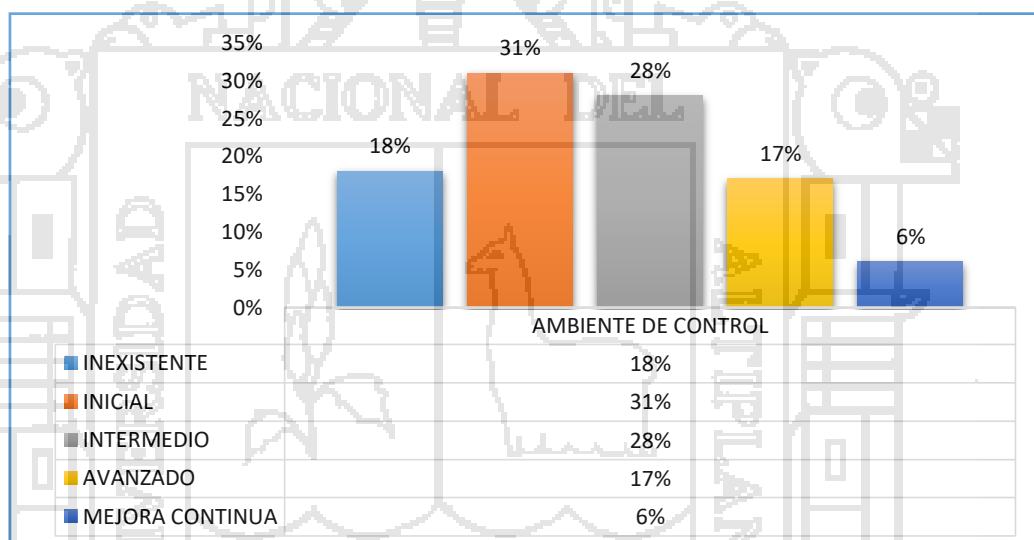


Figura 2. Ambiente de control.

Fuente: Encuestas Aplicadas en el cuadro 2.

De acuerdo al cuadro 2 y figura 2, se observa que la calificación “inicial” es el que obtiene el mayor valor porcentual con un 31%, lo que significa que el componente ambiente de control se encuentra implementado en un nivel inicial; por lo tanto, este control no es confiable para una buena gestión institucional. Por otro lado, se tiene el menor valor porcentual alcanzado con un 06% con la calificación de “mejora continua”, implica que el componente ambiente de control, es sumamente deficiente en la

gestión de la administración institucional. Igualmente, la calificación “intermedio”, alcanza un valor porcentual de 28%, deduciéndose con ello, que el ambiente de control interno, aún no es confiable, por lo tanto, no ofrece seguridad razonable.

Conforme a los resultados obtenidos sobre el componente ambiente de control interno; se evidencia que, la práctica del control interno es insuficiente para una buena gestión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay; por lo que se puede afirmar que la normatividad vigente del sistema de control interno, en su componente ambiente de control interno no se encuentra implementado en su totalidad, resultado con deficiencias precisas como:

- Un ambiente de confianza positivo y una actitud de apoyo desde el titular de la Institución, hacia las acciones de control interno.
- El personal de la Institución, no se comporta de acuerdo con los lineamientos de conducta.
- La aplicación de la estructura organizacional (organigrama), visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la entidad.
- Cumplimiento programa anual de la Oficina de Control Interno sobre acciones propias, y su incidencia en la aplicación de los documentos de gestión (MOF y ROF).
- Las condiciones laborales adecuadas y capacitaciones al personal.
- Los conocimientos del personal en relación a la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del control interno en el desarrollo de sus actividades.

- El personal y su conocimiento de las responsabilidades inherentes al cargo que ocupa.

Cuadro 3. Evaluación de riesgos.

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, se ha desarrollado un plan de actividades de planificación, análisis o valoración de los riesgos?	9	8	5	4	0
2	¿En la identificación de riesgos, en qué grado se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad)?	9	9	6	2	0
3	¿En qué grado, el personal ha sido capacitado en la identificación y administración de riesgos?	10	8	4	2	2
4	¿En qué grado, se han identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de sus actividades?	10	9	4	3	0
5	¿En qué grado, se han establecido las acciones de control, para afrontar los riesgos evaluados?	11	6	5	4	0
6	¿En qué grado, el titular de la Institución, ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos?	12	8	4	2	0
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		61	48	28	17	2
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		39%	31%	18%	11%	1%

Fuente: Normas de Control Interno. (Ver anexos 1 al 4).

Cuadro 4. Componente evaluación de riesgos.

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
VALOR %	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
39 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
31 %	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
18 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
11 %	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
01 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas aplicadas en la investigación.

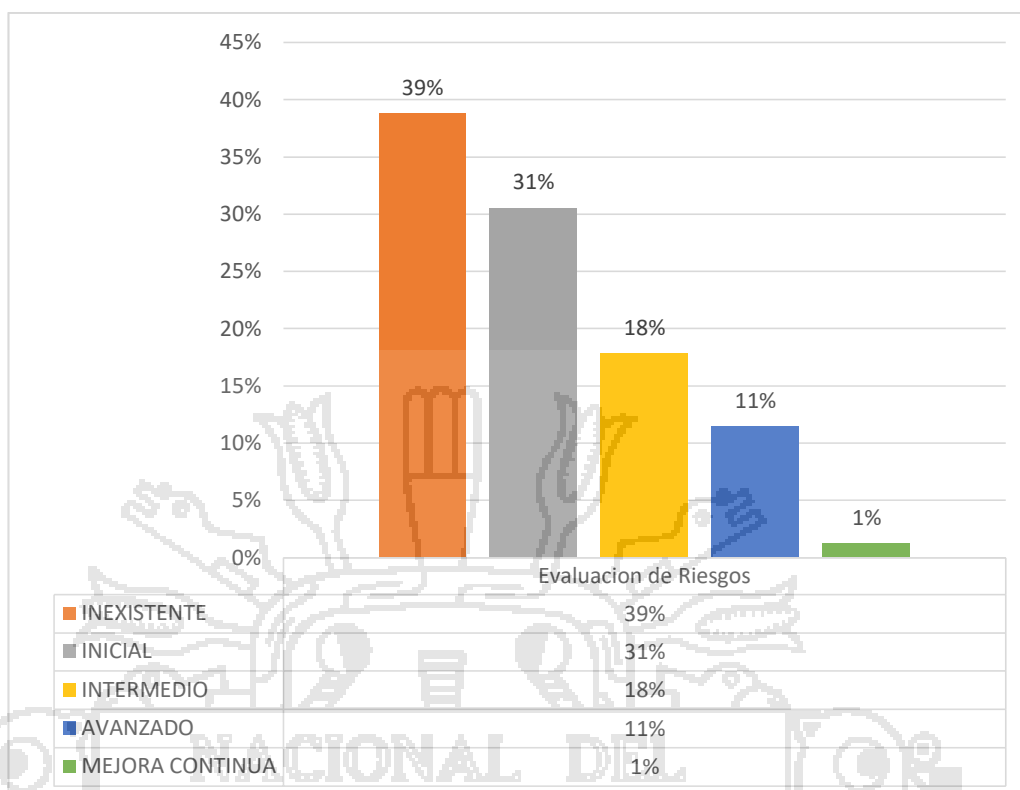


Figura 3. Evaluación de riesgos.

Fuente: Encuestas Aplicadas en el cuadro 3.

Referente al componente evaluación de riesgos, se puede observar en el cuadro 4 y figura 3, que la calificación “inexistente” alcanza el mayor valor porcentual con un 39%; lo que significa, que el control interno no ofrece seguridad razonable en la gestión de la administrativa de la Entidad; es decir, que no se realiza el análisis, valoración, manejo, monitoreo y documentación de los riesgos, que se podrían presentar en las actividades diarias y en los procesos operacionales que se realizan. Por otro lado, también se observa que la calificación de “mejora continua” tiene el menor valor porcentual con un 01%, lo que significa, la ausencia total de la previsión en la evaluación de riesgos, no ofreciendo seguridad razonable frente a los riesgos que se podrían presentar en la gestión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay. Asimismo, se

observa que la calificación “inicial”, alcanza un valor porcentual de 31%, lo que significa que, el manejo de riesgos se encuentra en implementación. Igualmente, la calificación “avanzado”, alcanza un valor porcentual de 11%, lo que significa que la aplicación del componente evaluación de riesgos es confiable, pero es insuficiente para una buena gestión institucional.

En resumen, se puede observar que en cuanto a la implementación del componente evaluación de riesgos, éste no está implementado de acuerdo a las normativas vigentes, a pesar que existe un mínimo porcentaje en la práctica de la evaluación de riesgos; este es insuficiente, para alcanzar una buena gestión; deduciéndose con ello deficiencias en:

- El desarrollado de un plan de actividades de planificación, análisis y valoración de los riesgos.
- En la identificación de riesgos en consideración de aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad).
- Las acciones de la OCI, han sido mínimas en alerta para la identificación y administración de riesgos.
- La identificación de eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de actividades del personal.
- El establecimiento de las acciones necesarias (controle interno previo) para afrontar los riesgos concurrentes.
- El titular de la Institución, no ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos a nivel del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.

Cuadro 5. Actividades de control.

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, se encuentran establecidas las responsabilidades por cada proceso, actividad o tarea en la administración hospitalaria?	10	8	4	3	1
2	¿En qué grado, la ejecución de procesos, actividades o tareas operacionales, cuenta con el respectivo aval o autorización de la jefatura correspondiente?	2	5	8	7	4
3	¿En qué grado, se han establecido políticas y procedimientos de control, que se siguen para la utilización y protección de los recursos de la Institución?	8	7	5	4	2
4	¿En qué grado, los documentos internos que se generan y reciben las unidades orgánicas de la Institución, están debidamente numerados y protegidos?	8	4	6	7	1
5	¿En relación a los procesos, actividades y tareas institucionales; en qué grado, se encuentran definidas, establecidas y documentadas?	8	6	6	6	0
6	¿En qué grado, las áreas de la organización institucional, llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades o tareas asignadas? ¿En qué grado las áreas de la Unidad de Abastecimiento llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, actividades o tareas asignadas?	10	8	4	3	1
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		46	38	33	30	9
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		30%	24%	21%	19%	6%

Fuente: Normas de Control Interno. (Ver anexos 1 al 4).

Cuadro 6. Componente actividades de control.

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
VALOR %	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
30 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
24 %	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
21 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
19 %	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
06 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas aplicadas en la investigación.

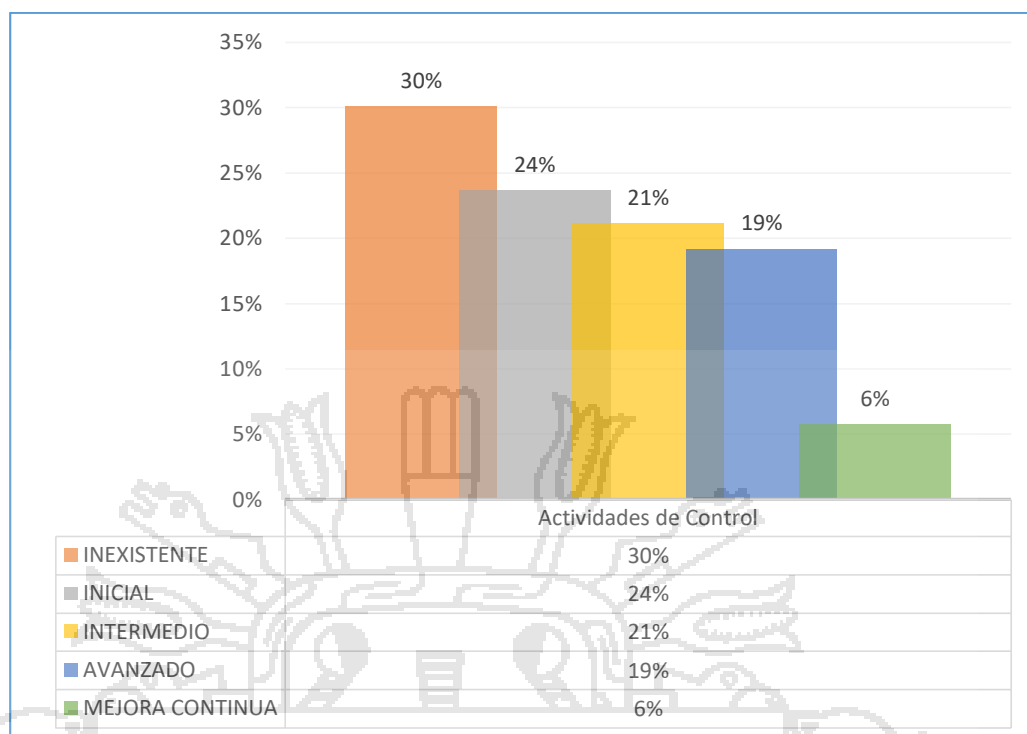


Figura 4. Actividades de control.

Fuente: Encuestas Aplicadas en cuadro 6.

Respecto al componente actividades de control, según el cuadro 6 y figura 4, se observa que la calificación “inexistente” es el que obtuvo mayor valor porcentual con un 30%, lo que significa la inexistencia de actividades de control que no ofrece seguridad razonable en la gestión administrativa. Por otro lado, se observa que la calificación “mejora continua”, es la que obtuvo el menor valor porcentual con un 06%, lo que expresa que, en cuanto a las actividades de control, estas son practicadas por el mínimo de personal; sin embargo, con este valor, no se garantiza un control interno que ofrezca seguridad razonable para una buena gestión institucional. Asimismo, también se puede observar que la calificación “inicial”, alcanza un valor porcentual de 24 %, lo que significa que el control interno en su componente actividades de control, esta inicialmente

implementado, pero no es confiable y no ofrece seguridad razonable en la gestión de la Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.

Conforme a los resultados obtenidos; se observa que, en cuanto a la implementación del control interno en su componente de actividades de control, este no está implementado de acuerdo a las normas vigentes, deduciéndose con ello deficiencias en:

- La determinación de las responsabilidades por cada proceso, actividad o tarea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay.
- La autorización expresa del titular de la Institución en delegación de funciones, para la ejecución de procesos, actividades o tareas institucionales.
- El establecimiento de políticas y procedimientos de control que se deben seguir para la utilización y protección de los recursos o archivos de la institución.
- La documentación interna que se genera y recibe de las unidades orgánicas que deberían estar numerados y protegidos.
- Otorgamiento de confianza en la OCI, para la definición de controles en los procesos, actividades y tareas operativas.
- La presencia objetiva de la Contraloría General de la República, en el ejercicio de sus funciones como órgano rector del sistema de control en las instituciones de su jurisdicción.

Cuadro 7. Información y comunicación.

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, se cuenta con procedimientos que garanticen el adecuado suministro de información, para el cumplimiento de funciones y responsabilidades del personal?	9	7	4	4	2
2	¿En qué grado, el sistema de información con el que cuenta la entidad, se ajusta a las necesidades del personal?	8	6	5	5	2
3	¿En qué grado, se revisan los sistemas de información y se ajustan a las necesidades de las actividades de cada área?	4	10	7	5	0
4	¿En qué grado, la administración hospitalaria, ha elaborado y difundido documentos que orienten a la comunicación interna entre todas sus áreas?	10	7	4	3	2
5	¿En qué grado, existe comunicación de las unidades usuarias con la administración hospitalaria, sobre sus requerimientos?	7	5	8	5	1
6	¿En qué grado, se han implementado políticas para estandarizar una comunicación interna y externa, traducido en directivas, memorandos, boletines, revistas?	9	6	5	3	3
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		47	41	33	25	10
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		30%	26%	21%	16%	7%

Fuente: Normas de Control Interno. (Ver anexos 1 al 4).

Cuadro 8. Componente información y comunicación.

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
VALOR %	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
30 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
26 %	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
21 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
16 %	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
07 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas aplicadas en la investigación.

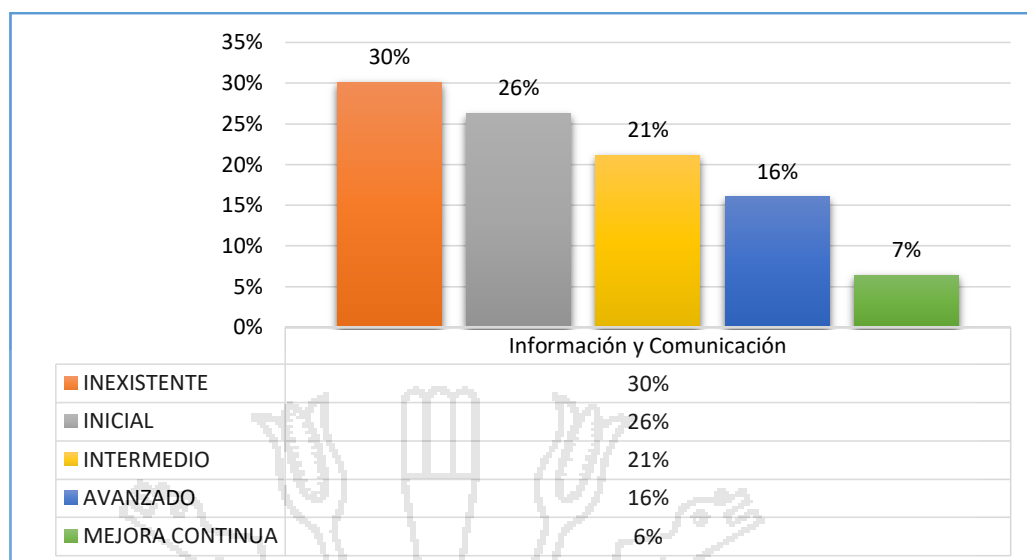


Figura 5. Información y comunicación.

Fuente: Encuestas Aplicadas en cuadro 7.

Referente al componente de información y comunicación, se observa que en el cuadro 8 y figura 5, la calificación “inexistente”, es la que obtuvo mayor valor porcentual con un 30%, lo que significa la inexistencia del componente información y comunicación en un mayor porcentaje, lo que expresa que no hay seguridad razonable en la gestión institucional. Por otro lado, la calificación “mejora continua”, presenta un menor valor porcentual con un 06%, lo que significa que existen deficiencias en cuanto a la implementación del componente información y comunicación entre el personal que labora en la entidad. Asimismo, la calificación “inicial”, alcanza un valor porcentual de 26%, lo que significa que el componente información y comunicación, se encuentra implementado en un nivel inicial. De los resultados obtenidos, se observa que, en cuanto a la implementación del control interno en su componente de información y comunicación, este no está implementado de acuerdo a las normas vigentes, deduciéndose con ello deficiencias en:

- Los procedimientos que garanticen el adecuado suministro de información para el cumplimiento de funciones y responsabilidades del personal.
- El sistema de información con el que cuenta la entidad se ajusta a las necesidades esporádicas del personal.
- El flujo de los sistemas de información debe ajustarse a las necesidades de las actividades de cada área institucional.
- La estructuración, estandarización y difusión de documentos, que orienten a la comunicación interna entre todas sus áreas operativas.
- La implementación de políticas para estandarizar una comunicación interna y externa, considerando directivas, memorandos, boletines, revistas.

Cuadro 9. Supervisión.

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, el personal indicado (jefaturas), realiza acciones de supervisión, para conocer oportunamente, que los procesos operacionales, se estén efectuando de acuerdo con lo establecido?	10	7	4	3	2
2	¿En qué grado, el personal, efectúa autoevaluaciones de sus actividades para realizar mejoras?	9	8	4	3	2
3	¿En qué grado, se implementan las recomendaciones devenidas por el órgano de control institucional, producto de las evaluaciones realizadas?	7	8	6	4	1
4	¿En qué grado, las acciones de control (OCI), han sido remitidas para su revisión a la Contraloría General de la República?	10	8	6	1	1
5	¿En qué grado, la Institución, expone datos sobre aspectos económicos, financieros, ¿sociales y ambientales de sus actividades en su portal web?	8	7	7	3	1
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		44	38	27	14	7
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		34%	29%	21%	11%	5%

Fuente: Normas de Control Interno. (Ver anexos 1 al 4).

Cuadro 10. Componente supervisión.

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
VALOR %	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
34 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
29 %	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
21 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
11 %	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
05 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas aplicadas en la investigación.

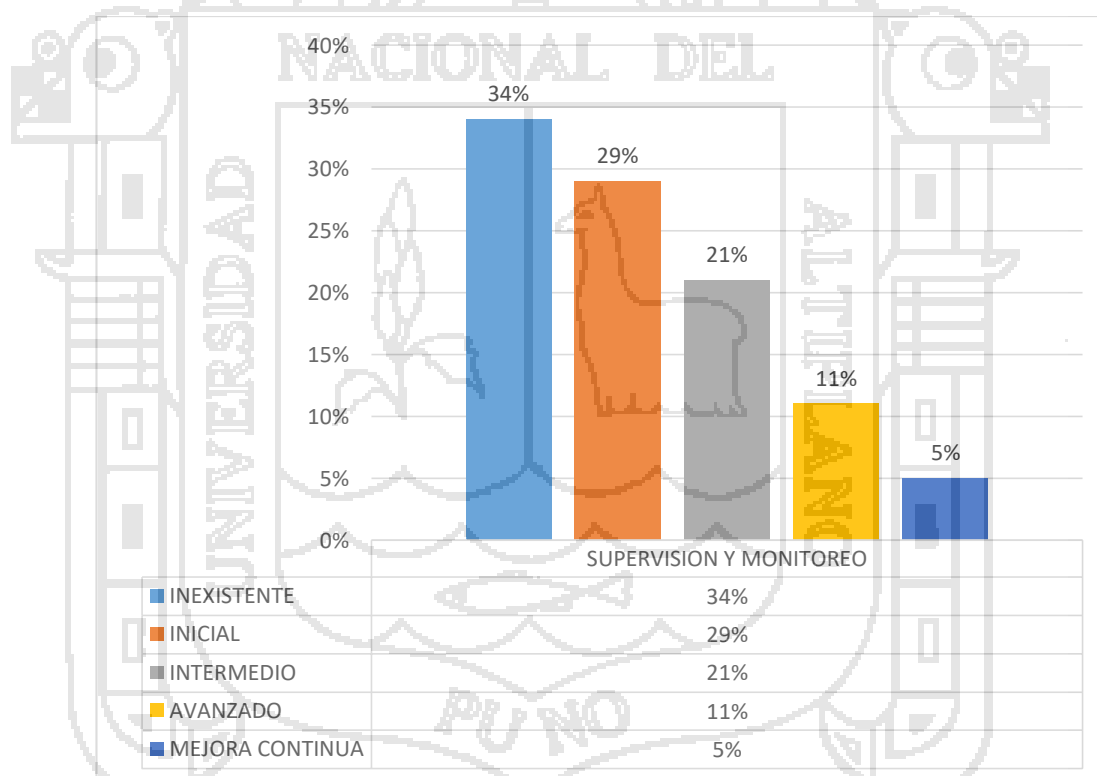


Figura 6. Supervisión.

Fuente: Encuestas aplicadas en cuadro 10.

Respecto al control interno en su componente supervisión, se observa que en el Cuadro 10 y Figura 6, la calificación “inexistente”, es la que obtuvo un mayor valor porcentual con un 34%, lo que significa que la

implementación del control interno en su componente de supervisión es inexistente, por lo tanto, este no es confiable para una buena gestión. Por otro lado, se observa que la calificación “mejora continua”, es la que obtuvo el menor valor porcentual con un 05%, lo que significa que existe un mínimo de práctica de control interno en su componente supervisión de los procesos operacionales que cada trabajador realiza.

Asimismo, se puede observar que la calificación “inicial” alcanza un valor porcentual de 29%, lo que significa que el control interno en su componente de supervisión, está inicialmente implementado, lo que no ofrece seguridad razonable, para una adecuada gestión de la institucional; también, se tiene la calificación “intermedio”, con un valor porcentual de 26%, lo que denota la implementación del control interno en su componente supervisión, pero que todavía no es confiable para una buena gestión

De los resultados obtenidos, se observa que, en cuanto a la implementación del control interno en su componente de supervisión, no está implementado de acuerdo a las normas vigentes, mostrando deficiencias en:

- La OCI y el personal que realiza acciones de supervisión, para conocer oportunamente, que los procesos se estén efectuando de acuerdo con lo establecido.
- El personal que efectúa control concurrente y autoevaluaciones de sus actividades, deben propender a realizar mejoras permanentes.

- La implementación de las recomendaciones, producto de las intervenciones de la OCI en las distintas áreas operativas, merecen seguimiento.
- Los informes remitidos a la Contraloría General de la República, por parte de la OCI, no retornan oportunamente a la Institución, para su implementación como recomendaciones.
- La exposición institucional, sobre aspectos económicos, financieros, sociales y ambientales de sus actividades en su portal web, son extemporáneos y no se ajustan a las exigencias de la transparencia como entidad pública.
- De acuerdo a los resultados obtenidos y plasmados en los respectivos cuadros y gráficos, se puede apreciar la inexistencia de una adecuada implementación del control interno en sus cinco componentes, asimismo se pueden apreciar deficiencias en cuanto a la práctica del control interno por cada uno de sus componentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, como una institución pública de mayor importancia y prioritaria al servicio de la salud poblacional, merece adecuar sus operaciones al régimen del sistema de control interno sólido, con fines de resguardar el patrimonio estatal y proteger la salud y vida de los usuarios.

Según el análisis realizado para el primer objetivo, se elabora un cuadro resumen del grado de cumplimiento de los componentes del control interno.

Cuadro 11. Resumen del grado de cumplimiento de los componentes del control interno.

COMPONENTE	MAYOR PORCENTAJE	GRADO	CALIFICACION	CONDICION
Ambiente de Control Interno	31%	1	Inicial	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
Evaluación de Riesgos	39%	0	Inexistente	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
Actividades de Control	30%	0	Inexistente	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
Información y Comunicación	30%	0	Inexistente	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
Supervisión	34%	0	Inexistente	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.

Fuente: Normas de Control Interno. (Ver anexos 1 al 4).

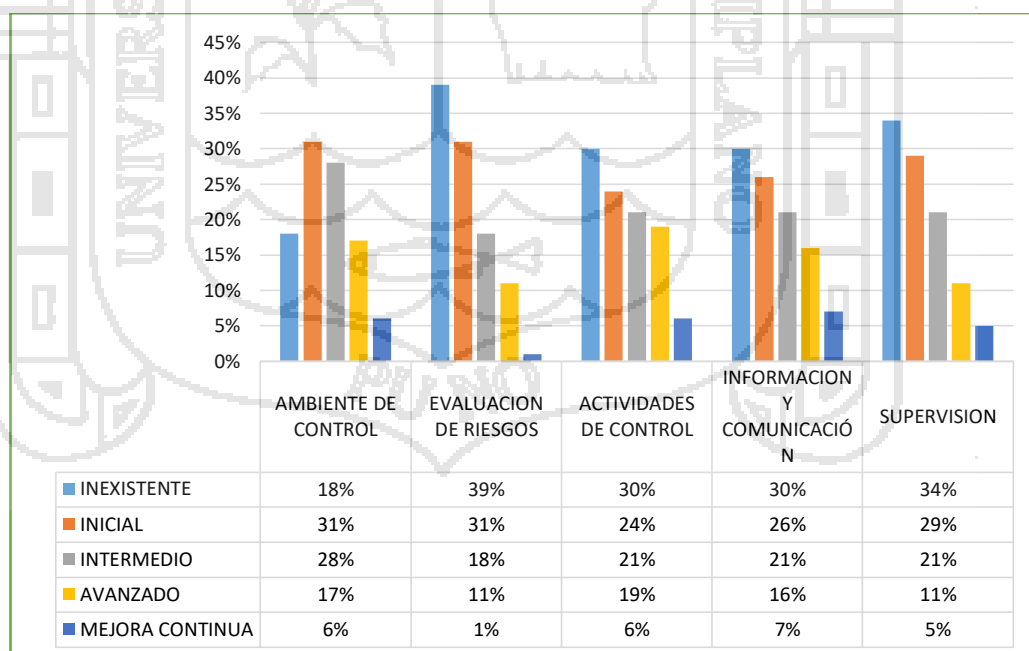


Figura 7. Resumen del grado de cumplimiento de los componentes del control interno.

Fuente: Encuestas aplicadas en la investigación.

Referente al cuadro 11 y su respectivo figura 7; sobre el grado de cumplimiento e implementación de los cinco componentes del control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, periodos 2013 al 2015, conforme se observa en los resultados a nivel del cumplimiento e implementación del componente ambiente de control interno se observa que este obtuvo un mayor valor porcentual de 31% en la calificación “Inicial”, alcanzando el grado 1, a diferencia de los demás componentes restantes que obtuvieron la calificación “Inexistente”, con un grado 0, los que alcanzaron mayores valores porcentuales como son: un 39% para el componente Evaluación de riesgos, un valor porcentual de 30% para el componente Actividades de control, un valor porcentual de 30% para el componente Información y comunicación y un valor porcentual de 34% para el componente Supervisión. Para un mayor análisis de la investigación se tomó en cuenta los mayores porcentajes alcanzados conforme al rango de calificación y grado establecido para el desarrollo del presente trabajo de investigación, demostrando con ello la ausencia de controles que deben ejercerse para lograr compras eficientes para un adecuado uso de los recursos del estado, asimismo se denota que el Control interno en su componente Evaluación de Riesgos es el que presenta mayor atención por alcanzar el mayor valor porcentual, mostrando con ello deficiencias encontradas que repercuten en forma negativa en el cumplimiento de metas y objetivos de la Unidad de Abastecimiento que repercuten en la gestión del mismo.

De acuerdo a los resultados obtenidos se deduce que el cumplimiento e implementación de las normas de control interno en sus cinco componentes aún no se ha logrado y que el control existente es el que realiza cada trabajador a su criterio personal, sin tomar en cuenta la Normativa referente a la aplicación de

las Normas de Control Interno para las entidades del estado, por tal motivo se deduce que este control es insuficiente para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, puesto que no se logra garantizar el suministro de bienes y servicios, en forma oportuna con la calidad y cantidad necesaria, no se logra garantizar una eficiente adquisición y contratación de bienes y servicios a las unidades usuarias de la Universidad.

4.2 RESULTADOS DEL CONTROL INTERNO EN LA PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DE CONTROL INSTITUCIONAL

La Ley, señala que las oficinas de OCI, se ubican en el nivel jerárquico de la estructura de la entidad, también señala que, los jefes de OCI mantienen una vinculación de dependencia funcional y administrativa con la Contraloría General de la República.

Sin embargo, el jefe de la OCI del presente estudio, es remunerado por la Institución. Al ser remunerados por la entidad, está bajo el régimen laboral público - Decreto Legislativo N°. 276. Al ser remunerado por la Contraloría General de la República, estaría en el régimen privado – Decreto Legislativo N° 728.

Como resultado de las encuestas y las entrevistas realizadas se tiene:

Cuadro 12. Plan anual de control.

INTERROGANTES	SI		NO		TOTAL
1. ¿La Institución, cuenta con el Plan Anual de Control (PAC) para los años 2013 al 2015, debidamente aprobado por la Contraloría General de la República?	24	92%	2	8%	26
2. ¿Se cumplieron con la ejecución de las acciones de control y las actividades programadas en el Plan Anual de Control (PAC) en 2013 al 2015?.	16	61%	10	39%	26
3. ¿Los documentos de información que solicita la Oficina de Control Institucional (OCI), a las dependencias de los sistemas administrativos como contabilidad, tesorería, recursos humanos, logística, obras públicas y otras dependencias, son atendidas oportunamente?	06	23%	20	77%	26
4. ¿Del total de las recomendaciones derivadas de los informes de acción de control, han sido implementadas por la Institución?	08	31%	18	69%	26
5. ¿La OCI, ha participado como veedor en las sesiones, procesos, adquisiciones de bienes y servicios, y otros actos que realiza la administración institucional?	04	15%	22	85%	26
6. ¿Para el cumplimiento de las actividades de control programados en el Plan Anual de Control, se tiene capacidad operativa permanente y disponible para su ejecución?	08	31%	18	69%	26
7. ¿Las hojas informativas y/o recomendaciones de las actividades de control, son tomadas en cuenta por el titular de la entidad y las dependencias involucradas?	10	39%	16	61%	26
8. ¿En la ejecución de los gastos operativos de la OCI, se tiene dificultades; es decir, en pagos para publicación, pagos de auditores, comunicación de hallazgos, adquisición de muebles y otros gastos?	18	69%	08	31%	26
9. ¿La ejecución de las acciones de control de los años 2013 al 2015, han sido remitidos para su revisión a la Contraloría General de la República?	17	65%	09	35%	26
10. ¿Las acciones de control, revisados por la Contraloría General de la República son exhortados y/o retornados a OCI para su implementación?	12	46%	14	54%	26
TOTAL	123	45%	137	55%	260

Fuente: Programa Anual de Control.

4.2.1 Plan anual de control y su ejecución

Los planes anuales de control, son formulados de acuerdo a los lineamientos, de la directiva, aprobado con resolución de Contraloría

General de la República, para cada periodo, debidamente cronogramado, para ser cumplidas en fecha establecida; de no hacerlo es considerado como demerito para el jefe de OCI. A ello nos corroboran la encuesta en manifestar que en un 92% se tiene el Plan Anual de Control.

La OCI, cumplen parcialmente con la programación de las acciones y actividades cronogramadas, es de notar que las observaciones de los informes de control no son relevantes, dichos reportes no tienen resultados, los involucrados no sufren infracciones. Se presume que, a falta del equipo multidisciplinario y económico en la prestación de los servicios, restringe los objetivos esperados en la dinámica de control institucional. En la encuesta se aprecia, que un 61% de encuestados, manifiestan haber cumplido con las acciones de control y actividades de control programados en su plan anual de control de los periodos 2013 al 2015.

4.2.2 Operación de control y su implementación de recomendaciones por el titular de la institución

Los requerimientos de información, de parte de la OCI a las diferentes oficinas de la entidad, como: contabilidad, tesorería, recursos humanos, logística, obras públicas y otras dependencias, son atendidos al documento reiterativo, lo que ocasiona retraso en una acción y/o actividad programado en el PAC del periodo pertinente, y de no ser así, condiciona a solicitar ampliación de plazo ante la Contraloría General de la República. La encuesta corrobora la afirmación del párrafo y se aprecia

que un 77% sostiene que la atención a requerimiento documentario es mínimo y extemporáneo.

En las hojas informativas se consideran las recomendaciones de las observaciones de las actividades programadas y no programadas, estas son remitidas al titular de pliego y derivados a otras dependencias, a veces se denota un círculo vicioso, sino se hace seguimiento a los documentos que remiten la OCI, dando lugar a la demora innecesaria para la subsanación de las observaciones. De las encuestas, se aprecia que un 69% corrobora, la ineficacia de los resultados de control.

4.2.3 Capacidad operativa del órgano de control, su participación y efecto de sus recomendaciones

La OCI, no participaron como veedor en las sesiones, procesos o actos que realizan las distintas áreas orgánicas de la Institución, Presumimos que, no han sido invitados para participar en los actos de importantes de la entidad, en especial en la ejecución de presupuestos de mayor magnitud. Las encuestas corroboran esta expresión en un 85%.

El órgano de control institucional, no tiene capacidad operativa permanente (personal permanente y necesario) para cumplir las actividades del Plan Anual de Control con eficiencia, menos para diligenciar el seguimiento a las medidas correctivas. Lo ratifica un 69% de encuestados.

Igualmente, podemos precisar, que las recomendaciones de las actividades de control, no son tomadas con seriedad por el titular de pliego ni por las dependencias involucradas. El 61% de la población encuestada,

manifiesta que las hojas informativas y/o recomendaciones de las actividades de control no son tomadas en cuenta.

4.2.4 Órgano de control, sus gastos operativos y su relación con la contraloría general de la república

La OCI, tiene dificultades menores en sus gastos, los procedimientos administrativos y certificaciones que los ejecutan los responsables, los hacen muy comprometidos. La publicación de los involucrados, reparto de hallazgos, pago a los auditores externos, material de escritorio, la adquisición de bienes muebles y otros, conservan demoras para el normal cumplimiento del Plan Anual de Control previsto. En los periodos 2013 al 2015, a la OCI, se les ha asignado su presupuesto inicial de apertura, las que se aprecian en el SIAF (compromisos VS marco presupuestal); sin embargo, sufre recortes trimestre a trimestre, lo que conlleva dificultades en la ejecución de las acciones y actividades. De la encuesta, se aprecia que un 69% afirma que la OCI, tiene soporte económico - financiero.

Los informes de auditoría (acciones de control) de la OCI, enviadas a la Oficina Regional de la Contraloría General de la República para su revisión, muchas veces se aplazan el período para su retorno de los informes, y cuando retornan tienen observaciones para subsanar, estas evicciones de la Contraloría, conservan plazos de tres a seis meses normalmente. La implementación de las recomendaciones de los informes de las acciones de control, no han sido logradas, incluso las acciones de control de los periodos anteriores, la entidad y/o las dependencias

recomendadas, no las han implementado sus observaciones, por desconocimiento, cambios constantes de personal, pérdida de las copias de los informes remitidas. Por tanto, se aprecia que no cuenta con personal de seguimiento de medidas e medidas correctivas y de procesos judiciales, por lo que se presume, que las recomendaciones derivadas de los informes de acciones de control no son implementadas en su integridad, algunos están en la fase de pendiente. La encuesta nos muestra que el 54% de las recomendaciones derivadas de los informes de las acciones de control 2013 al 2015, no han sido implementadas hasta la fecha.

4.3 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Conforme a la exposición y análisis de los resultados de la presente investigación, a continuación realizamos la contrastación de hipótesis específicas

4.3.1 Hipótesis específica 1

En la hipótesis específica 1 “El control interno existente, dificulta el desarrollo de la programación de las actividades del plan anual de control del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, períodos 2013 al 2015”.

Del análisis del grado de cumplimiento de los componentes del control interno en la gestión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, períodos 2013 al 2015, se han determinado puntos críticos respecto al grado de implementación y cumplimiento de los cinco componentes del control interno, conforme se observa en los resultados,

a nivel de la implementación de ambiente de control interno, se observa un mayor valor porcentual de 31% en la calificación “inicial”; a diferencia de los demás componentes restantes que obtuvieron la calificación “inexistente”, alcanzando el mayor valor porcentual, con un 39% para el componente evaluación de riesgos, un valor porcentual de 30% para el componente actividades de control, un valor porcentual de 30% para el componente información y comunicación, y un 34% para el componente supervisión. Para un mayor análisis, se tomo es cuenta los mayores porcentajes alcanzados conforme al rango de calificación establecido para el presente trabajo de investigación. Se denota que el control interno, en su componente evaluación de riesgos, es el que presenta mayor atención por alcanzar, expresando con ello, deficiencias para el cumplimiento de metas y objetivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay. En consecuencia, se deduce en forma general, que estos no ofrecen seguridad razonable para una adecuada gestión, con lo que la hipótesis 1 queda aceptada.

2.3.2 Hipótesis específica 2

En la hipótesis específica 2: “El control interno existente, dificulta el desarrollo de la programación de las actividades del plan anual de control del Órgano de Control Interno Institucional (OCI) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, períodos 2013 al 2015”.

Del análisis de la influencia del control interno existente en el cumplimiento de metas y objetivos del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, se lograron determinar las siguientes deficiencias:

Los planes anuales de control, son formulados y aprobados con resolución de Contraloría General de la República, para cada periodo; sin embargo, su cumplimiento representa un 61% de lo programado. Los requerimientos de información, de parte de la OCI a las diferentes oficinas de la entidad, son mínimo y extemporáneo, conforme ratifica con un 77% los encuestados. Igualmente, las recomendaciones de las observaciones de las actividades programadas y no programadas, estas son remitidas al titular de pliego y derivados a otras dependencias, a veces se denota un círculo vicioso, sino se hace seguimiento a los documentos que remiten la OCI, dando lugar a la demora innecesaria para la subsanación de las observaciones. Igualmente, la OCI, no participaron como veedor en las distintas áreas orgánicas de la Institución, las encuestas corroboran esta expresión en un 85%. De la misma forma, el órgano de control institucional, no tiene capacidad operativa permanente, por carecer apoyo económico – financiero, un 69% de encuestados corroboran ello. Finalmente, los informes de auditoría (acciones de control) de la OCI, enviadas a la Oficina Regional de la Contraloría General de la República para su revisión, muchas veces se aplazan el período para su retorno de los informes, y cuando retornan tienen observaciones para subsanar, estas evicciones de la Contraloría, conservan plazos de tres a seis meses normalmente; un 54% de encuestados no ratifican esta carencia. Por los resultados que anteceden y conforme al análisis realizado en el presente trabajo de investigación, la hipótesis 2 queda aceptada.

CONCLUSIONES

- La implementación de los principales componentes del sistema de control interno, evidencia que los componentes evaluación de riesgos, actividades de control, informes y comunicaciones y supervisión se encuentra en la calificación de inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable; solamente el componente ambiente de control, se encuentra en calificación de inicial, que implica control interno inicialmente implementado pero no confiable.
- Se pudo evidenciar, que las acciones y actividades de control no posibilitaron lograr las metas esperadas en la programación. Esta circunstancia, permite determinar, que los procesos de intervención de parte del Órgano de Control Institucional, no han sido eficientes ni eficaces. El organismo rector del sistema de control, como es la Contraloría General de la República - Oficina Regional de Apurímac, ha sido tolerante con los plazos y flexible con los informes periódicos.
- Se han encontrado puntos críticos de atención al cumplimiento de las normas de control interno en la Institución en el período comprendido entre 2013 y

2105, aún no se tiene bien definida una política de control interno, que debe estar relacionada con las normas de control interno aprobadas por Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG y 458-2008-CG, dentro de la Ley N° 28716 Ley de control Interno para las entidades del Estado del 18 de abril del 2006, la Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG del 14 de mayo de 2016, por el que se aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, llamada Directiva para Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado. Fundamentalmente, en lo relacionado a la implementación y cumplimiento de cada uno de los componentes del control interno.

- Las acciones de control y/o informes que son remitidos para su revisión a la Contraloría, retornan a la OCI con observaciones para su corrección, después de tres meses promedio. Y, los documentos generados por el Órgano de Control Institucional y remitidos al titular de la Institución, no tienen un resultado eficaz; como consecuencia, las recomendaciones derivadas de los informes de acción de control, no han sido implementadas en su integridad.

RECOMENDACIONES

- Para el fortalecimiento del sistema de control interno, a nivel de componentes de las normas de control interno, y para garantizar con una adecuada ejecución presupuestal en cumplimiento con los objetivos y metas institucionales como unidad operativa regional, se recomienda incluir en el plan de capacitación, cursos con relación al sistema de control interno vigente; lo que permitirá definir medidas para corregir las actividades, operaciones y alcanzar los objetivos previstos en los planes operativos y estratégicos institucionales.
- Se recomienda al titular del pliego, a los asesores del titular, a los funcionarios y otros involucrados, tener en cuenta las normas de control y las sanciones pertinentes por dilatar el tiempo y por no informar en su oportunidad, con la finalidad de no alterar con la ejecución de las acciones y actividades de control programado en el plan anual de control de la OCI, para así garantizar la ejecución presupuestal en forma eficaz, eficiente, con economía y transparencia, en concordancia y cumplimiento de las normativas de control interno. La alta dirección del Hospital, debe tomar la iniciativa de realizar reuniones de trabajo con la participación activa de todo el personal que labora

en la Entidad, con la finalidad de dar a conocer la situación actual de cada área, identificar los problemas, antelar soluciones anticipadas ante cualquier riesgo que amenace con la consecución de sus objetivos.

- Es de manifestar que, la implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado peruano, es sumamente frágil. Para superar esta baja implementación, se viene estructurando políticas del sistema de control, en el marco de las normas generales como por ejemplo la Ley N° 28716 Ley de control Interno para las entidades del Estado, resoluciones de la Contraloría que aprueba guía para la implementación del sistema de control interno, muy en especial, la Res. de Contraloría N° 149-2016-CG del 14 de mayo de 2016, por el que se aprueba la Directiva N° 013-2016-CG/GPROD, llamada Directiva para Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, que establece la obligación para todas las entidades del gobierno implementar sub sistemas de control interno, en un plazo máximo de treinta y seis meses. Marco legal imperativo que debe asumir con responsabilidad el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, para así mejorar la gestión pública, adecuada administración de los recursos públicos y al logro de los objetivos institucionales.
- A través de la Institución en estudio, se recomienda a la Contraloría General de la República, incorporar al jefe de la OCI, al régimen laboral a la que se encuentran la Contraloría, por su entrenamiento profesional, por la contraprestación de sus remuneraciones y la responsabilidad de las acciones de control, con un grado de autonomía suficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A. (2014). *Manual de Auditoria en las Contrataciones del Estado*. Lima, Perú: Pacifico Editores S.A.C.
- Aquipucho, L. (2016). *Control Interno y su Influencia en los Procesos de Adquisiciones y Contrataciones de la Municipalidad Distrital Carmen de la Legua Reynoso - Callao, periodo: 2010 - 2012*. (Tesis para grado de maestro) Facultad de Ciencias Contables - Unidad de Postgrado; UNMSM. Lima, Perú.
- Caro, A. R. (2010). *El Peritaje Contable Judicial Frente a la Corrupción*. Lima, Perú: Talleres Gráficos de ARS Asesores & Servicios S.A.C.
- Claros, R. y León, O. (2012). *El Control Interno como Herramienta de Gestión y Evaluación* (Primera ed.). Lima, Perú: Pacifico Editores S.A.C.
- Condori, H. F. (2010). *Métodos de Muestro Estadístico Aplicado por las Sociedades de Auditoria y Auditores Independientes en la Región de Puno*. (Tesis para grado de maestro). Unidad de Posgrado, UNA. Puno, Perú.

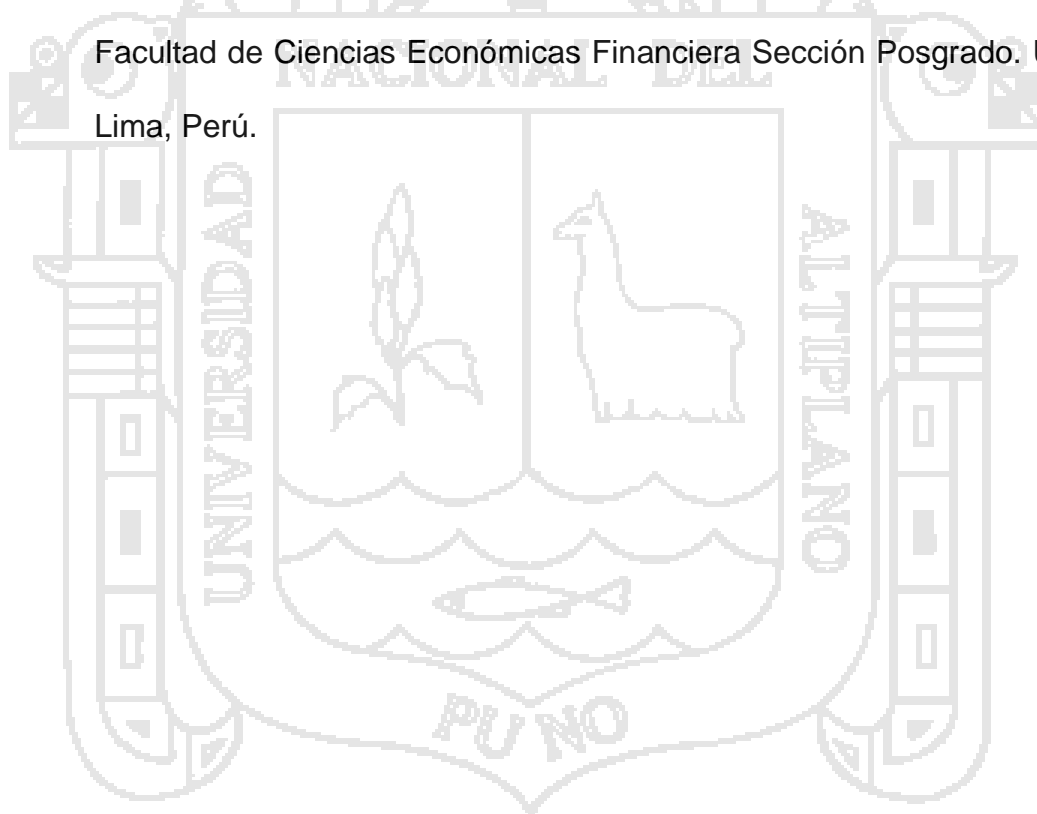
- Crisólogo, M. (2013). *Control interno en la gestión de los gobiernos locales del Callejón de Huaylas - Ancash*. (Tesis para grado de maestro). Unidad de Posgrado, USMP. Lima, Perú.
- Elorreaga, G. (2005). *La Importancia Científica del Examen Especial Contable Financiero en el Sistema Empresarial*. Chiclayo, Perú: Editorial CPC & LAE.
- Espinal, J. (2003). *Auditoria a la Gestión Administrativa del Personal*. Lima, Perú: Ediciones Gráficas "MAC".
- Espinal, J. (2004). *Auditoria a la Gestión Administrativa del Personal 2003 – 2004*. Lima, Perú: Ediciones Graficas "MAC".
- Espinoza, M. (2011). *La Auditoria para el Apropiado Control Interno en una Institución Educativa de Nivel Superior*. (Tesis para grado de maestro). Unidad de Postgrado, UPT. Tacna, Perú.
- Estrella, H. y Munive, R. (2004). *Auditoria "Organización de Papeles de Trabajo" en el Proceso Integral de un Examen Especial de Auditoria Gubernamental*. (Primera ed.). Lima, Perú: Impersa S.A.C.
- Gonza, L. (2015). *Aplicación de un Plan Estratégico para la mejora de la Gestión Pública de la Municipalidad de Puerto Eten 2015 – 2020*. (Tesis para grado de maestro). Unidad de Postgrado, UPCA. Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. (Cuarta ed.). Iztapalapa, Distrito Federal, México: Mc GRAW - HILL/Interamericana Editores S.A. de C.V.

- Instituto de Auditores Internos del Perú e Instituto de Investigación el Pacifico E.I.R.L. (2004). *Manual de Auditoria Interna y Guía de Estudio Examen CIA*. Lima, Perú: Instituto de Investigación El Pacifico E.I.R.L.
- Lagares, P. y Puerto, J. (2011). *Técnicas de Muestra. Mamaehsh*. (Tesis para grado de maestro). Universidad de Sevilla. España.
- Ley N° 27785 (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República*. Diario Oficial El Peruano, Lima, Peru, 23 de julio de 2002.
- Ley N° 28716 (2006). *Ley de control interno de las entidades del estado*. Diario Oficial El Peruano, Lima, Peru, 18 de abril de 2006.
- Lorena, M. (2007). *Evaluaciones del Sistema de Control Interno en el Poder Ejecutivo Nacional*. Buenos Aires, Argentina.
- Mesa, M. N. (2014). *Control Interno En Las Entidades Públicas. Actualidad Gubernamental*. Lima, Perú.
- Morante, L. (2014). *El Funcionario Público en el Procedimiento Administrativo Sancionador*. Lima, Perú: Pacifico Editores S.A.C.
- Resolución de Contraloría General N° 320. (2006). *Normas de Control Interno*. Lima, Perú.
- Resolución de Contraloría General N° 458. (2008). *Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las Entidades del Estado*. Lima, Perú.
- Rojas, F. (2006). *Delitos contra la Administración Pública*. Lima, Perú: Editora Jurídica Grijley E.I.R.L.

Roque, C. A. (2012). *La Auditoría Integral y su Incidencia en la Auditoria Tradicional, su Aplicación en el Trabajo Profesional de los Contadores - Auditores en la Región de Arequipa*. (Tesis para grado de maestro). Escuela de Posgrado. PUC. Lima, Perú.

Salazar, L. K. (2014). *El control interno: herramienta indispensable para el fortalecimiento de las capacidades de la gerencia pública de hoy*. (Tesis para grado de maestro). Escuela de Postgrado de la PUCP. Lima, Perú.

Sotomayor, J. A. (2009). *El Control Gubernamental y el Sistema de Control Interno en el Perú": Análisis Crítico*. (Tesis para grado de maestro). Facultad de Ciencias Económicas Financiera Sección Posgrado. USMP. Lima, Perú.





Anexo 1. Escala de LIKERT: Como instrumento de análisis.

La escala de Likert tiene el honor de ser uno de los ítems más populares y utilizados en las encuestas. A diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, la escala ordinal de Likert nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

En este sentido, las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación. (Hernández *et al.*, 2006)

Escala de valoración:

Cada una de estas variables se valoriza a través de 5 declaraciones, sobre las cuales el encuestado debe opinar en función de 5 opciones análogos-similares-equivalentes, que a su vez tienen asociado un valor:

- 0: INEXISTENTE (no, nunca, en absoluto, totalmente en desacuerdo)
- 1: INICIAL (mínimamente, en desacuerdo, pocas veces, bajo)
- 2: INTERMEDIO (medianamente, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algunas veces, regular)
- 3: AVANZADO (aceptable, de acuerdo, lo indispensable, muchas veces)
- 4: MEJORA CONTINUA (plenamente, totalmente de acuerdo, siempre, suficiente).

Las declaraciones están organizadas de tal manera que para el entrevistado no le es posible identificar a qué variable están correlacionadas, estando además redactadas algunas en sentido positivo.

Juan Carlos Contreras Merino

Anexo 2. Cuestionario del proceso de implementación y operaciones del sistema de control interno.

Estimado(a) Entrevistado(a): A continuación, le presentamos un instrumento de recolección de datos, cuyo propósito es obtener su opinión, con respecto a la implementación y operatividad del sistema de control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay. Sus respuestas son fundamentales para el éxito de la investigación que estoy realizando, razón por la cual, solicito su generosa colaboración. Cabe destacar, que la información suministrada, será utilizada con fines académicos y reviste un carácter estrictamente confidencial.

Cuestionario sobre la Implementación y Operaciones del Sistema de Control Interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz

ENCUESTA 1: AMBIENTE DE CONTROL

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, existe un ambiente de confianza positivo y una actitud de apoyo, hacia las actividades de control interno?	1	0	9	6	0
2	¿En qué grado, el personal de la administración hospitalaria, se comporta de acuerdo con los lineamientos de conducta planteados en la "Ley del Código de Ética de la Función Pública"?	0	8	9	6	3
3	¿En qué grado, se aplica la estructura organizacional (organigrama), visión, misión, metas y objetivos estratégicos de la administración hospitalaria?	4	8	8	3	3
4	¿En qué grado, se aplican los documentos de gestión (MOF y ROF), en la administración hospitalaria?	9	8	5	4	0
5	¿En qué grado, se dan las condiciones laborales adecuadas y capacitaciones apropiadas, al personal de la administración hospitalaria?	8	9	5	4	0
6	¿En qué grado, el personal tiene conocimiento de la importancia del desarrollo, implantación y mantenimiento del sistema de control interno en el desarrollo de sus actividades?	9	9	7	1	0
7	¿En qué grado, el personal conoce las responsabilidades inherentes al desempeño y cargo que ocupa?	2	5	8	7	4
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		3	1	1	0	
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		%	%	%	%	%

Fuente: Normas de Control Interno.

CUADRO 1. COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
%	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
%	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
1	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Elaboración: Propia del autor.

ENCUESTA 2: EVALUACIÓN DE RIESGOS

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, se ha desarrollado un plan de actividades de planificación, análisis o valoración de los riesgos?	9	8	5	5	0
2	¿En la identificación de riesgos, en qué grado se ha tomado en consideración aspectos internos (de la entidad) y externos (fuera de la entidad)?	9	9	6	2	0
3	¿En qué grado, el personal ha sido capacitado en la identificación y administración de riesgos?	1	0	8	4	2
4	¿En qué grado, se han identificado los eventos negativos (riesgos) que pueden afectar el desarrollo de sus actividades?	1	0	9	4	3
5	¿En qué grado, se han establecido las acciones de control, para afrontar los riesgos evaluados?	1	1	6	5	4
6	¿En qué grado, el titular de la Institución, ha establecido y difundido lineamientos y políticas para la administración de riesgos?	1	2	8	4	2
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		1		8		2
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		%	%	%		

Fuente: Normas de Control Interno.

CUADRO 2. COMPONENTE: EVALUACIÓN DE RIESGOS

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
%	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
39 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
31	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
18 %	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
1	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
01 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas Aplicadas en la Investigación.

ENCUESTA 3: ACTIVIDADES DE CONTROL

N°	PREGUNTAS	GRADO					
		0	1	2	3	4	
1	¿En qué grado, se encuentran establecidas las responsabilidades por cada proceso, actividad o tarea en la administración hospitalaria?	0	8	4	3		
2	¿En qué grado, la ejecución de procesos, actividades o tareas operacionales, cuenta con el respectivo aval o autorización de la jefatura correspondiente?	2	5	8	7	4	
3	¿En qué grado, se han establecido políticas y procedimientos de control, que se siguen para la utilización y protección de los recursos de la Institución?	8	7	5	4	2	
4	¿En qué grado, los documentos internos que se generan y reciben las unidades orgánicas de la Institución, están numerados y protegidos?	8	4	6	7	1	
5	¿En relación a los procesos, actividades y tareas institucionales; en qué grado, se encuentran definidas, establecidas y documentadas?	8	6	6	6	0	
6	¿En qué grado, las áreas de la organización institucional, llevan a cabo verificaciones sobre la ejecución de los procesos, tareas asignadas?	1	0	8	4	3	1
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO						0 9	
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		%			%	%	

Fuente: Normas de Control Interno.

CUADRO 3. COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
%	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad.
4	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
%	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
%	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas Aplicadas en la Investigación.

ENCUESTA 4: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

N°	PREGUNTAS	GRADO					
		0	1	2	3	4	
1	¿En qué grado, se cuenta con procedimientos que garanticen el adecuado suministro de información, para el cumplimiento de funciones y responsabilidades del personal?	9	7	4	4	2	
2	¿En qué grado, el sistema de información con el que cuenta la entidad, se ajusta a las necesidades del personal?	8	6	5	5	2	
3	¿En qué grado, se revisan los sistemas de información y se ajustan a las necesidades de las actividades de cada área?	4	1	0	7	5	0
4	¿En qué grado, la administración hospitalaria, ha elaborado y difundido documentos que orienten a la comunicación interna entre sus áreas?	1	0	7	4	3	2
5	¿En qué grado, existe comunicación de las unidades usuarias con la administración hospitalaria, sobre sus requerimientos?	7	5	8	5	1	
6	¿En qué grado, se han implementado políticas para estandarizar una comunicación interna y externa, traducido en directivas, memorandos, boletines, revistas?	9	6	5	3	3	
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		7	3	5	0		
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE		%	%	%	%	%	

Fuente: Normas de Control Interno.

CUADRO 4. COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
%	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad.
	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
06 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas Aplicadas en la Investigación.

ENCUESTA 5: SUPERVISIÓN

N°	PREGUNTAS	GRADO				
		0	1	2	3	4
1	¿En qué grado, el personal indicado (jefaturas), realiza acciones de supervisión, para conocer oportunamente, que los procesos operacionales, se estén efectuando de acuerdo con lo establecido?	10	7	4	3	2
2	¿En qué grado, el personal, efectúa autoevaluaciones de sus actividades para realizar mejoras?	9	8	4	3	2
3	¿En qué grado, se implementan las recomendaciones devenidas por el órgano de control institucional, producto de las evaluaciones realizadas?	7	8	6	4	1
4	¿En qué grado, las acciones de control (OCI), han sido remitidas para su revisión a la Contraloría General de la República?	10	8	6	1	1
5	¿En qué grado, la Institución, expone datos sobre aspectos económicos, financieros, ¿sociales y ambientales de sus actividades en su portal web?	8	7	7	3	1
TOTAL RESPUESTAS POR CADA GRADO		8	7		7	
TOTAL EXPRESADO EN PORCENTAJE			%		%	%

Fuente: Normas de Control Interno.

CUADRO 5. COMPONENTE: SUPERVISIÓN

MEDICION DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL CONTROL INTERNO			
%	GRADO	CALIFICACION	CRITERIO DE EVALUACION
34 %	0	INEXISTENTE	Inexistencia del control interno que no ofrece seguridad razonable.
%	1	INICIAL	Control interno inicialmente implementado pero no confiable.
%	2	INTERMEDIO	Control interno existente no confiable, no ofrece seguridad razonable.
	3	AVANZADO	Aplicación del control interno es confiable.
05 %	4	MEJORA CONTINUA	Aplicación del control interno que ofrece seguridad razonable.

Fuente: Encuestas Aplicadas en la Investigación.

**Cuestionario Sobre las Operaciones del PLAN Anual de Control
Programado en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega –
Abancay 2013 – 2015**

ENCUESTA 6: PLAN ANUAL DE CONTROL

ITEM.	PREGUNTAS	SI	NO	TOTAL
1	¿La Institución, cuenta con el Plan Anual de Control (PAC) para los años 2013 al 2015, debidamente aprobado por la Contraloría General de la República?			
2	¿Se cumplieron con la ejecución de las acciones de control y las actividades programadas en el Plan Anual de Control (PAC) en 2013 al 2015?.			
3	¿Los documentos de información que solicita la Oficina de Control Institucional (OCI), a las dependencias de los sistemas administrativos como contabilidad, tesorería, recursos humanos, logística, obras públicas y otras dependencias, son atendidas oportunamente?			
4	¿Del total de las recomendaciones derivadas de los informes de acción de control, han sido implementadas por la Institución?			
5	¿La OCI, ha participado como veedor en las sesiones, procesos, adquisiciones de bienes y servicios, y otros actos que realiza la administración institucional?			
6	¿Para el cumplimiento de las actividades de control programados en el Plan Anual de Control, se tiene capacidad operativa permanente y disponible para su ejecución?			
7	¿Las hojas informativas y/o recomendaciones de las actividades de control, son tomadas en cuenta por el titular de la entidad y las dependencias involucradas?			
8	¿En la ejecución de los gastos operativos de la OCI, se tiene dificultades; es decir, en pagos para publicación, pagos de auditores, comunicación de hallazgos, adquisición de muebles y otros gastos?			
9	¿La ejecución de las acciones de control de los años 2013 al 2015, han sido remitidos para su revisión a la Contraloría General de la República?			
10	¿Las acciones de control, revisados por la Contraloría General de la República son exhortados y/o retornados a OCI para su implementación?			

Anexo 3. Confiabilidad del instrumento establecida por experto.

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominada: Análisis de las Acciones de Control Programadas en el Plan Anual del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, periodos 2013 al 2015, dicho instrumento, es factible de reproducción por otros investigadores e incluso puede ser aplicado a otras entidades similares. Es decir, los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, serán similares si se volviera a medir las mismas variables en condiciones idénticas. Este aspecto de la razonable exactitud con que el instrumento mide lo que se ha pretendido medir es lo que se denomina la confiabilidad del instrumento, la misma que se cumple con el instrumento de encuesta de este trabajo. En este sentido, el término confiabilidad del instrumento es equivalente a los de estabilidad y predictibilidad de los resultados que se lograrán. Esta es la acepción generalmente aceptada por los investigadores, lo cual es posible de lograr en este trabajo de investigación. La confiabilidad del instrumento también puede ser enfocada como el grado de homogeneidad de los ítems del instrumento en relación con las variables. Lo que se denomina la confiabilidad de consistencia interna u homogeneidad. En este trabajo se tiene un alto grado de homogeneidad.

PREGUNTA	50	60	70	80	90	100
¿En qué porcentaje se logrará contrastar la hipótesis con este instrumento?				X		
¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a las variables, subvariables e indicadores de la investigación?					X	
¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr el objetivo general de la investigación?				X		
¿En qué porcentaje, las preguntas son de fácil comprensión?					X	
¿Qué porcentaje de preguntas siguen una secuencia lógica?					X	
¿En qué porcentaje se obtendrán datos similares con esta prueba aplicándolo en otras muestras?					X	

Determinada la confiabilidad del instrumento por el experto:

Puno, octubre de 2016

Dr. Antonio ESPILLICO CHIQUE

Docente de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

Anexo 4. Propuesta de lineamientos básicos para optimizar la implementación del control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay.

Es de manifestar que, la implementación del sistema de control interno en las entidades del Estado peruano, es sumamente frágil, conforme reporta la Contraloría General de la República, muchas instituciones del Estado, como gobiernos locales, regionales y nacional, carece de un sistema sólido de control. Para superar esta baja implementación, se viene estructurando políticas del sistema de control, en el marco de las normas generales como por ejemplo la Ley N° 28716, Ley de control Interno para las entidades del Estado (2006), Resolución de la Contraloría General N° 320-2006-CG que aprueba las Normas de Control Interno, Resolución de Contraloría General N°458-2008-CG que aprueba Guía para la Implementación del Sistema de Control Interno, la Resolución de Contraloría N°149-2016-CG del 14 de mayo de 2016, por el que se aprueba la Directiva N°013-2016-CG/GPROD, llamada Directiva para Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado, que establece la obligación para todas las entidades del gobierno implementar sub sistema de control interno, en un plazo máximo de treinta y seis meses.

Al respecto, tratándose de una institución al servicio de la salud regional de Apurímac, es imperativo establecer lineamientos expresos para la implementación de un sistema de control interno, acorde a su naturaleza, funciones de la entidad, en aras de lograr el cumplimiento de su misión y visión, obviamente sujeto al grado de su organización institucional.

A continuación, proponemos, en resumen, los lineamientos específicos, como sigue:

Convocatoria

Es de necesidad urgente que, el titular de la Institución, tome conciencia y otorgue la importancia que detenta un adecuado sistema de control interno, como un eje de la gestión institucional, para mostrar a la ciudadanía confianza, transparencia, no corrupción y eficiencia en el servicio de salud.

Para la Contraloría General de la República (Oficina Regional de Control Apurímac)

Adecuar la normativa sobre el sistema de control interno en la institución, lo que significaría enmarcarse en la Directiva N°013-2016-CG/GPROD, llamada Directiva para Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado.

Para la Oficina de Control Interno Institucional

1. Constituir un cuerpo técnico para la implementación del sistema de control interno, con participación de funcionarios predispuestos a integrar la organización. Esta comisión, debe administrar algunas competencias como: conocimiento de los procesos del sistema administrativo, formación académica, tiempo de servicios, cargos desempeñados entre otros.
2. Dotar de infraestructura necesaria y el presupuesto para capacitación, logística e informático.
3. El cuerpo técnico (comisión técnica), designará el personal mínimo para el equipo del sistema de control interno institucional, debiendo solicitar al titular se ratifique por resolución esta designación
4. Capacitación necesaria para el equipo del sistema de control interno nominado

5. Fomentar el trabajo en equipo con participación de las jefaturas de la organización hospitalaria.
6. Elaborar un diagrama del flujo de procesos, identificando las actividades y acciones claras.
7. Informarse y evaluar los documentos de gestión institucional (ROF, MOF, TUPA), son funcionales y actualizados.
8. Diagnosticar y mapear los procesos críticos, las cuales sean vulnerables con riesgos mayores.
9. Durante un mínimo de seis meses, desarrollar un proyecto piloto, para determinar las fases de planeamiento, ejecución y evaluación.
10. Formular un cronograma de coordinación y visitas a las distintas unidades y reparticiones de la organización institucional.
11. Comunicar a todas las unidades orgánicas, que en el Hospital Regional, se ha iniciado con la implementación del sistema de control interno.

Implementación de las normas de Control Interno en la unidad objeto de estudio

Base legal y documental

- 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.
- Ley de Contrataciones del Estado Aprobado mediante D.L. N° 1017 y su Reglamento aprobado mediante D.S. N° 184-2008-EF.
- Normas de Auditoría Gubernamental, aprobadas por Resolución de Contraloría N° 162-95-CG y modificado por R.C. N° 141-99-CG.

- Normas Técnicas de Control Interno para el Sector Público, aprobadas por Resolución de Contraloría N° 072-98-CG y modificatoria aprobadas con Resoluciones de Contraloría N° 123-2000-CG y 155-2005-CG.
- Normas de Control Interno, aprobadas por Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG.
- Guía para la implementación del control interno de las entidades del estado N° 458-2008-CG.
- Directiva de ejercicio del control previo N° 094-2009-CG.
- Reglamento de los órganos de control Institucional y su modificatoria R.C. N° 099-2010-CG.
- Res. de Contraloría N°149-2016-CG del 14 de mayo de 2016, por el que se aprueba la Directiva N°013-2016-CG/GPROD.

Organización del Sistema de Control Interno

La adecuada implementación y funcionamiento sistémico del control interno en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. - Abancay, exige que la administración institucional prevea y diseñe apropiadamente una debida organización para el tal efecto, y promueva niveles de ordenamiento, racionalidad y la aplicación de criterios uniformes que contribuyan a una mejor implementación y evaluación integral.

El enfoque moderno establecido por la Ley N° 28716 (2006), señala que los componentes del control interno se interrelacionan entre si y comprenden diversos elementos que se integran en el proceso de gestión. Se concibe que esta se organice con base en los siguientes cinco componentes:

- Ambiente de Control.

- Evaluación de Riesgos.
- Actividades de Control Gerencial.
- Información y Comunicación.
- 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 del control interno en las entidades del Estado, contribuyendo igualmente a su ordenada, uniforme e integral evaluación por los órganos de control competentes.

Acciones a implementar por cada componente del Sistema de Control

Interno

1. Ambiente de Control

- Incluir en el Plan de Capacitación, cursos con relación al Sistema de Control Interno, a efectos de actualizar los conocimientos adquiridos y brindar capacitación al personal nuevo y al personal de la misma oficina.
- Realizar acciones de sensibilización en relación a la difusión del Código de Ética de la Función Pública.
- Elaborar un Plan de Difusión de los instrumentos de gestión: Plan Estratégico, Plan Operativo, a fin de comprometer al personal en el cumplimiento eficiente de los objetivos y actividades programadas.
- Elaborar un plan de capacitación sobre el uso del Sistema de Gestión Estratégica.

- Elaborar un Plan de Gestión por Competencias.
- Actualizar el Manual de Organización y Funciones, a fin de incluir claramente definida la autoridad, responsabilidad, la competencia profesional y una adecuada segregación de funciones.

2. Evaluación de Riesgos

- Efectuar un análisis de riesgo interno y externo.
- Incluir en el Plan de Capacitación, cursos relacionados sobre administración y evaluación de riesgos.
- Establecer estrategias de difusión del Plan de Administración de Riesgos
- Realizar talleres para identificación de riesgos.
- Realizar la identificación de riesgos de la Entidad como aquellos que afectan a los procesos, definiendo los objetivos respectivos. Asimismo, el Registro de Riesgos.
- Elaborar el Plan de Respuesta al Riesgo, con la participación de todo el personal que labora en la Entidad objeto de estudio.

3. Actividades de Control

- Implementar la actualización del manual de procedimientos (MAPRO).
- Elaborar y Fomentar una política de evaluación costo – beneficio.
- Establecer medidas para mejorar las áreas de almacenamiento y/o custodia de archivos.
- Elaborar estrategias de sensibilización al personal en el correcto uso de los archivos y recursos del Estado, así como difusión de las Directivas de Organización y custodia de Bienes y documentos de Archivo y Procedimientos de Tramite Documentario.

- Elaborar procedimiento general para contratación y adquisición de bienes y servicios.
- Desarrollar e implementar procedimientos de control para la realización de los procesos de contratación.
- Elaborar un plan de sensibilización, que considere talleres al personal respecto al Procedimiento de Control de Documentos.

4. Información y Comunicación

- Elaborar estrategias de difusión de la normativa existente en relación a los sistemas de información.
- Elaborar normativas para la organización de los archivos.
- Elaborar normativas que establezca el procedimiento de control y monitoreo de la información de competencia de cada área operativa.
- Definir políticas que enfatizan la utilización de la comunicación directa con el personal, que genere un clima de confianza mutua, lo cual permitirá la comunicación oportuna y donde se deje constancia de la comunicación de los problemas detectados.
- Identificar las necesidades de información y nivel de responsabilidad para cada proceso y sus conclusiones respectivas.
- Establecer estrategias de difusión y capacitación periódica al personal, sobre los procedimientos relacionados a los sistemas de información y su actualización.
- Elaborar e implementar el proyecto de digitalización de documentos en el archivo central.

5. Supervisión

- Elaborar normativa para actividades de prevención y monitoreo.

- Elaborar un procedimiento que regula el registro y comunicación de las deficiencias detectadas en el seguimiento continuo y evaluaciones puntuales.
- Elaborar un procedimiento para efectuar autoevaluaciones y emisión de Informes de autoevaluaciones en forma trimestral del Sistema de Control Interno.
- Elaborar un procedimiento para el registro, seguimiento e implementación de las medidas correctivas realizadas por el órgano de control.

La implementación de las mencionadas pautas de cada componente del control interno, permitirá que la unidad objeto de estudio mejore su operatividad; esperando superar las deficiencias y carencias encontradas en el presente trabajo de investigación; y lo más importante, logrará dar seguridad razonable a los niveles jerárquicos sobre la consecución de objetivos institucionales.

