



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Control Interno para la mejora en el Proceso de Consulta
Externa del Hospital Regional Lambayeque – 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro En Gestión Pública

AUTORES

Br. Piscoya Labrin Abel Caleb

Br. Santisteban Santamaria Edwin Asunción

ASESOR

Dr. Luis Arturo Montenegro Camacho

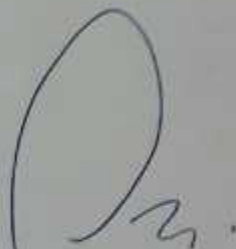
SECCIÓN

CIENCIAS EMPRESARIALES

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

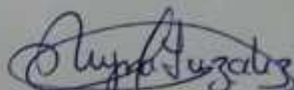
PERÚ - 2018

PÁGINA DE JURADO



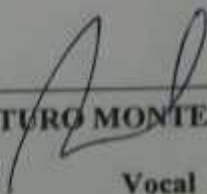
Mag. CPC. PEDRO A. BARBOZA ZELADA

Presidente



Mag. JULISSA REYNA GONZALEZ

Secretario



Dr. LUIS ARTURO MONTENEGRO CAMACHO

Vocal

DEDICATORIA

A mi madre Concepción, a mi padre Gregorio por su amor, cariño y haber sembrado valores que me permiten crecer y desarrollarme de personal y profesional, a mis hermanos por su apoyo y motivación diaria en este camino de aprendizaje.

Edwin Asunción Santisteban Santamaría

A mi madre Lidia, por ser la gestora de mi formación personal y profesional que me han permitido poder lograr alcanzar mis objetivos. A mi esposa Lisset por su amor y apoyo incondicional que me permiten ser una mejor persona, a mis hijas Luciana Belén y Samantha por ser mi mayor motivación que me hacen enfocar todos mis esfuerzos a ser su mayor ejemplo de vida.

Abel Caleb Piscocoya Labrin

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos salud plena y poder desarrollar nuestras actividades diarias y alcanzar finiquitar este proyecto de investigación con muchas experiencias ganadas.

A nuestros docentes de la promoción 2017 – I de la Universidad Cesar Vallejo, que durante el desarrollo de cada clase nos brindaron la oportunidad en ahondar los conocimientos.

Que ayudaron a fortalecer el desarrollo de nuestras actividades y, quienes se interesaron desinteresadamente por guiar cada clase de post grado; además, por sostener esa motivación a desarrollar y ejecutar nuestra tesis casi nada difundida en la Administración Pública.

Al Dr. Luis Arturo Montenegro Camacho, nuestro asesor de tesis el mismo que con su entrega, paciencia, experticia y persistencia ha sabido guiar a cada uno de nosotros para culminar nuestra tesis.

Así mismo, agradecemos a cada uno de los trabajadores del Hospital Regional Lambayeque, que están directamente comprometidos en el proceso de consulta externa.

Los Autores

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Piscoya Labrin Abel Caleb, con DNI N° 40862613, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Agosto del 2018

Piscoya Labrin Abel Caleb

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Santiesteban Santamaria Edwin Asunción, con DNI N° 43893515, a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Agosto del 2018

Santiesteban Santamaria Edwin Asunción

PRESENTACIÓN

Distinguidos miembros del Jurado Evaluador:

De conformidad con los lineamientos técnicos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, dejamos a su disposición la revisión y evaluación del presente trabajo de tesis titulado: “CONTROL INTERNO PARA LA MEJORA EN EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE-2018” con la finalidad que después de ser revisado en toda su estructura se proceda a emitir el informe correspondiente con las observaciones y/o sugerencias para subsanarlo y continuar con los trámites que nos permita obtener el Grado de Maestro en Gestión Pública.

Pretendiendo que al término de la misma y al cumplimiento de los procedimientos estipulados en el reglamento para elaboración y sustentación de Tesis, de nuestra casa Superior de Estudios César Vallejo de la ciudad de Chiclayo, y poder optar el grado de Maestro en Gestión Pública.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación al ser evaluada merezca su aprobación.

Los Autores

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Realidad Problemática	12
1.2 Trabajos Previos	15
1.3 Teorías relacionadas al tema	18
1.4 Formulación del problema	25
1.5 Justificación del Estudio	26
1.6 Hipótesis	27
1.7 Objetivos	27
II. MÉTODO	
2.1 Diseño de investigación	28
2.2 Variables, operacionalización	29
2.3 Población y muestra	30
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	32
2.5 Métodos de análisis de la información	33
2.6 Métodos de investigación	33
2.7 Aspectos Éticos	35
III. RESULTADOS	35
IV. DISCUSIÓN	61
V. CONCLUSIÓN	67
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. PROPUESTA	68

VIII. REFERENCIAS	78
ANEXOS	78
1. Instrumentos	
2. Validación del Plan de Capacitación	
3. Consentimiento Informado	
4. Matriz de consistencia	
5. Resolución de Conformación del Equipo Técnico del Sistema de Control Interno	
IX. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS	95
X. ACTA DE ORIGINALIDAD DE TESIS	
97	

RESÚMEN

El presente trabajo de investigación de título “Control interno para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque – 2018”, tuvo como objetivo general “diseñar y proponer un plan de capacitación para la sensibilización del control interno para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque 2018”.

Se ha utilizado un diseño de investigación de tipo descriptivo propositivo de manera transversal, utilizando una escala de valoración, en el proceso de consulta externa de dicho Hospital.

Para ello se calculó una muestra de noventa y cuatro trabajadores entre personal administrativo y asistencial del Hospital Regional Lambayeque, a los cuales se les aplicó una encuesta de diecisiete reactivos, la cual nos permitió recabar información sobre el proceso de consulta externa para dar solución a los objetivos de la investigación, dando como resultado de que el referido personal no se encuentra sensibilizado y cuenta con un conocimiento limitado sobre Control Interno.

Por lo que, se diseñó la propuesta de un plan de capacitación de Control Interno para el Proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque y recomendamos que se aplique el plan mencionado, puesto que la guía del Control Interno es el principal tema de sensibilización y pilar primordial para concretar la implementación del Control Interno.

Palabras clave:

Control Interno, Proceso, Consul

Abstract

This research paper entitled "Internal Control for improvement in the external consultation process of the Lambayeque Regional Hospital – 2018". It had as a general target" to Design and to Propose a Plan of Internal Control for the Progress in the Process of External Consultation of the Regional Lambayeque Hospital 2018”.

A descriptive propositive research design has been used transversally, using a valuation scale, in the external consultation process of the Hospital.

To do this a sample of ninety-four workers was calculated between administrative and assistance personnel of the Lambayeque Regional Hospital which were applied a survey of seventeen reagents, which allowed us to gather information on the process of external consultation to give solution to the objectives of the research, giving as a result of the above-mentioned personal is not sensitized and account with limited knowledge about internal control.

Therefore, there was designed the proposal of a plan of training of Internal Control for the Process of External Consultation of the Regional Hospital Lambayeque. And, we recommend that to be applied the mentioned plan, since the guide of the Internal Control is the main topic of sensitization and essential prop to specify the implementation of the Internal Control.

Key words:

Internal control, process, external consultation

I. INTRODUCCIÓN

En la Región Lambayeque como en muchos hospitales públicos del Perú y no ajeno a ello el Hospital Regional Lambayeque estos muestran gran interés por mejorar sus procesos en post de brindar una mejor atención del servicio público que ofertan, esta constante búsqueda de la mejora continua puede ser catalogada como una filosofía institucional; en este trabajo de investigación centramos la atención en un proceso operativo importante y precesor para otros, como es el proceso de consulta externa conformado por su cadena de valor que contiene los procesos: Admisión, Gestión de Historias Clínicas, Triage y Atención Médica.

En este afán de encontrar la mejora continua, a través de la presente investigación denominada: "Control Interno para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque –2018", realizamos un diagnostico a través de la recolección de datos mediante la técnica una encuesta, datos que luego de procesar nos ha llevado a plantear una propuesta de capacitación para sensibilizar a los trabajadores del proceso de consulta externa respecto de la Implementación del Control Interno como medio para la mejora del citado proceso, plan que está alineado a la misión de Hospital que prescribe lo siguiente:

Plan Operativo Institucional (2018). "Somos el Hospital Regional Lambayeque de alta complejidad que brinda servicios integrales de salud, con calidad, equidad y eficiencia, con personal calificado, competente y comprometido, desarrollando Investigación y Docencia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas”.

Se presenta en este trabajo, a fin de que contribuya a mejorar el proceso de consulta externa y coadyuvé a conseguir que su propuesta de valor sea sustentable en el tiempo e impacte en provecho de la sociedad a la que brinda sus servicios de salud.

El trabajo de investigación, para una mejor comprensión ha sido constituido en cuatro capítulos:

En el capítulo I, se le ha denominado introducción, aquí se presenta detalladamente la realidad problemática tomando como referencia la realidad, nacional, regional, local e institucional, acto seguido se muestra los antecedentes de estudio, la formulación del problema, seguido de la justificación respectiva y los objetivos de la investigación, tanto general como específicos .

En capítulo II, llamado método, comprende el marco metodológico, en el cual se establece la información que sustenta tanto teórico y científica del presente estudio en relación a las variables en estudio, definición de términos, población y muestra.

En el capítulo III, comprende los resultados de la investigación, descripción de datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos.

Por último, están los capítulos IV, V, VI, VII y VIII correspondientes a la discusión, conclusiones, recomendaciones, la propuesta y las referencias respectivamente.

1.1. Realidad Problemática

De lo observado en el nosocomio en estudio, se identificó que, debido a la mayor demanda de citas ofertadas y demora en la programación turnos para consultorio externo, los usuarios forman enormes colas de manera diaria; además, existe una inadecuada gestión de las historias clínicas, aunado a ello un escaso control de acceso al ambiente donde se encuentran las historias clínicas, vulnerando la confidencialidad del diagnóstico de los pacientes; así mismo, citan a todos los pacientes del mismo turno a la misma hora para pasar triaje, haciendo que el personal técnico o de enfermería hagan un inadecuado registro o subregistro de datos y en diferentes oportunidades aquellos pacientes que les toca pasar al final terminan retirándose debido al tiempo de espera; finalmente, debido a las citas adicionales que entrega el personal de admisión, obliga al personal médico realizar una atención a cada paciente en menor tiempo de lo establecido en el marco normativo del sector salud, haciendo también que no

cumpla con una atención adecuada a los pacientes, generando el riesgo de dar un diagnóstico errado.

Revista de la salud Pública ISSN 0124-0064 (2015). “Los resultados evidencian que el 50 % de los nosocomios en estudio reflejaron deficiencias en Consulta Externa, Hospitalización y Estadística”.

Revista Internacional Legis de Contabilidad y Auditoría N ° 39 (2009). Los últimos años están llenos de crisis en el sector financiero generando altos costos económicos, reputacionales y sociales.

Lo anteriormente mencionado ha permitido la creación de destrezas corporativas de control interno, riesgos y gobierno corporativo, para ello se ha tomado medidas de control para brindar mayor seguridad en el desarrollo de los diferentes procesos institucionales.

En el Hospital Regional Lambayeque el proceso de consulta externa se desarrolla bajo los siguientes procesos de menor nivel como son: Admisión, Gestión de Historias Clínicas, Triage y Atención Médica, en cada uno de ellos se realizan diferentes actividades y de manera secuencial.

En el desarrollo del proceso de consulta externa los trabajadores realizan sus actividades de manera diaria sin un adecuado mecanismo de control, método o actividades que ayuden al buen desempeño y logro de los objetivos institucionales, debido a ello se reflejan diferentes tipos de desvíos, generando riesgos dentro de cada proceso de menor nivel.

El conocimiento sobre control interno por parte de los trabajadores es muy limitado, es por ello que no permite realizar alguna acción de mejora continua.

Según Jinsop, Silvia & Piedra (2016) en su publicación: manifiesta que: La implementación del control interno en el sector público constituye una herramienta importante en la gestión y es transversal a la diversidad de organizaciones, se conduce a obtener la seguridad necesaria en el

cumplimiento de los objetivos institucionales y al mismo tiempo pueda tener la capacidad suficiente de comunicar sobre sus resultados a los interesados en ella. (p. 34)

A efectos de la mejorar los procesos de las organizaciones ha cobrado relevancia la implementación del control Interno, el que permite dar cumplimiento a los objetivos planteados por las entidades tanto públicas como privadas.

INTOSAI, (2016). Fomenta la implantación del Control Interno en las instituciones públicas, en nuestro país por intermedio de la Ley N° 28716, la Contraloría General de la República del Perú es el órgano facultado de emitir la normatividad referente al control que encamine la implantación de manera efectiva y la marcha en las instituciones estatales; además, su constante evaluación.

Ley No 30372, (2016), Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, la cual señala la obligatoriedad de la implementación del Sistema de Control Interno en los tres niveles de gobierno, en no mayor a treinta y seis meses, desde la entrada en vigencia.

Directiva N ° 013-2016-CG/GPROD, (2016). aprobada con Resolución de Contraloría N° 149-2016-CG, reglamenta la implementación del Sistema de Control Interno en el modelo y plazos que deben efectuar las instituciones estatales.

COSO, (2013). Directiva organizada al modelo de control interno denominado “Control Interno – Marco Integrado” – COSO, que se toma como marco referencial de control interno de nuestro país”.

Resolución de Contraloría N.º 004-2017-CG, (2017). Guía para la implementación y fortalecimiento del sistema de control interno en instituciones estatales, cuyo objetivo es guiar el progreso de las acciones para la ejecución del modelo de implementación del Sistema de Control Interno en las instituciones estatales a nivel nacional, regional y local.

1.2. Trabajos previos

Haciendo un análisis exhaustivo de diversas fuentes, se pudo recoger los siguientes trabajos previos, guardando relación la presente investigación.

En el ámbito Internacional

Blanca & Marlon, (2014). En su tesis sobre elaboración e implementación del Sistema de Control Interno en una empresa privada (p. 131). Concluye que:

Que la empresa en estudio no cuenta con normas y/o políticas referentes al desarrollo de los procesos, mucho menos para referente a control y gestión de riesgos.

Además, se identificó que la institución en investigación no está implementado un sistema de control interno en otras áreas.

Así mismo, no cuenta con la asignación de niveles funcionales y responsabilidades en cada área, debido a ello los trabajadores realizan sus actividades de manera parcial, dejando la responsabilidad a otros trabajadores teniendo un impacto significativo en el incremento de costos de operación y aumento de desviaciones en los diferentes procesos de la institución.

Concluimos que, la implementación del control interno en los procesos de una organización, consiste en delegar responsabilidades a cada trabajador y respetando las jerarquías funcionales; esto, mejora el desarrollo de los procesos de manera eficiente con una mejor asignación de funciones a los involucrados durante el todo el desarrollo del proceso.

Por otro lado: **Campos, L (2014).** En su tesis de título “Estrategia para el fortalecimiento del sistema de control interno en el Hospital William Allen Taylor de la caja Costarricense del seguro social” (p 15). Concluye que:

En la entidad en estudio existen falencias en el ejercicio del control interno, siendo propicio generar mejores condiciones hacia la implementación del control interno y su evaluación de manera continua acompañado además de ciertas aplicaciones para su perfeccionamiento.

La institución en estudio, adolece de condiciones favorables para el desenvolvimiento del control interno y debido a ello no cuenta con una buena labor de los componentes de ética y valores institucionales, acompañado de mala planificación.

Los titulares subordinados no se encuentran sensibilizados sobre la importancia del control interno, haciendo que se ejecute la norma exclusivamente por dar cumplimiento, sin generar valor.

Una de las deficiencias es con respecto a la capacitación, no cuentan con un plan bien definido y evaluado con la finalidad de asociarlo a la gestión, un titular subordinado recibe capacitaciones referentes solo a instrumentos de autoevaluación y a los diferentes trabajadores se proporciona una limitada capacitación referente al tema.

Respecto de las tareas de control es necesario que realice la valoración y revisión de procesos para actualizar los inventarios de activos de la institución, dar cumplimiento y hacer cumplir el marco normativo al respecto; así mismo, fortalecer e incorporar procesos para rendimiento de cuentas.

De lo anteriormente señalado podemos deducir que es imprescindible que el control interno se desarrolle en un ambiente adecuado, con todos los colaboradores de una institución sensibilizados y capacitados con relación a la importancia e impacto del control interno en diferentes procesos de una institución, con la finalidad de ser una herramienta para la gestión.

EN EL AMBITO NACIONAL

Salazar, L (2014). En su investigación denominada “El control interno: Herramienta indispensable para el fortalecimiento de las capacidades de la gerencia pública de hoy” (p. 56). Concluye lo siguiente:

El control Interno determina una visión de manera integral, donde se realiza la supervisión de la gestión pública, así mismo, se realiza el monitoreo del cumplimiento de las normas legales correspondientes. La finalidad del Control Interno es que los representantes de la Dirección, Gerencia y colaboradores de la entidad, realice labores de control previo, simultaneo y posterior a sus actividades, logrando los objetivos de la cada institución de manera eficiente.

La implementación de los cinco componentes del Sistema de Control Interno está en relación a cada institución. Los cuales tenemos “Ambiente de Control” el cual está orientado a la organización de los procesos de cada entidad y sensibilización referente al Control Interno. La “Evaluación de Riesgos”, ayuda a caracterizar, analizar y priorizar los riesgos sumamente significativos que no hagan posible alcanzar los objetivos institucionales. La “Actividad de Control”. Comprende procedimientos, políticas, mecanismos y técnicas que ayuden en la administración y manejo de los riesgos evidenciados la evaluación de riesgos. “Información y Comunicación”. Enfocado en mejorar el manejo de información, tomar mejores decisiones y una comunicación más fluida en todas las direcciones de la empresa. “Supervisión y Seguimiento”. Actividades que ayudan a mejorar a lo largo del Control Interno.

De conformidad con la normatividad determinada por Contraloría General, los plazos establecidos de manera obligatoria para la implementación en las diferentes instituciones del Estado y en los 3 niveles de gobierno fue de 36 meses.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente podemos concluir que, a pesar que se dio un plazo de manera obligatoria la implementación del Sistema de Control Interno, ninguna institución estatal ha realizado dicha implementación en ninguno de sus 5 componentes.

EN EL AMBITO LOCAL

Francisco, C (2016). En su tesis “Evaluación del control interno para identificar las deficiencias sobre las operaciones en el área de tesorería de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque” (p. 98). Concluye:

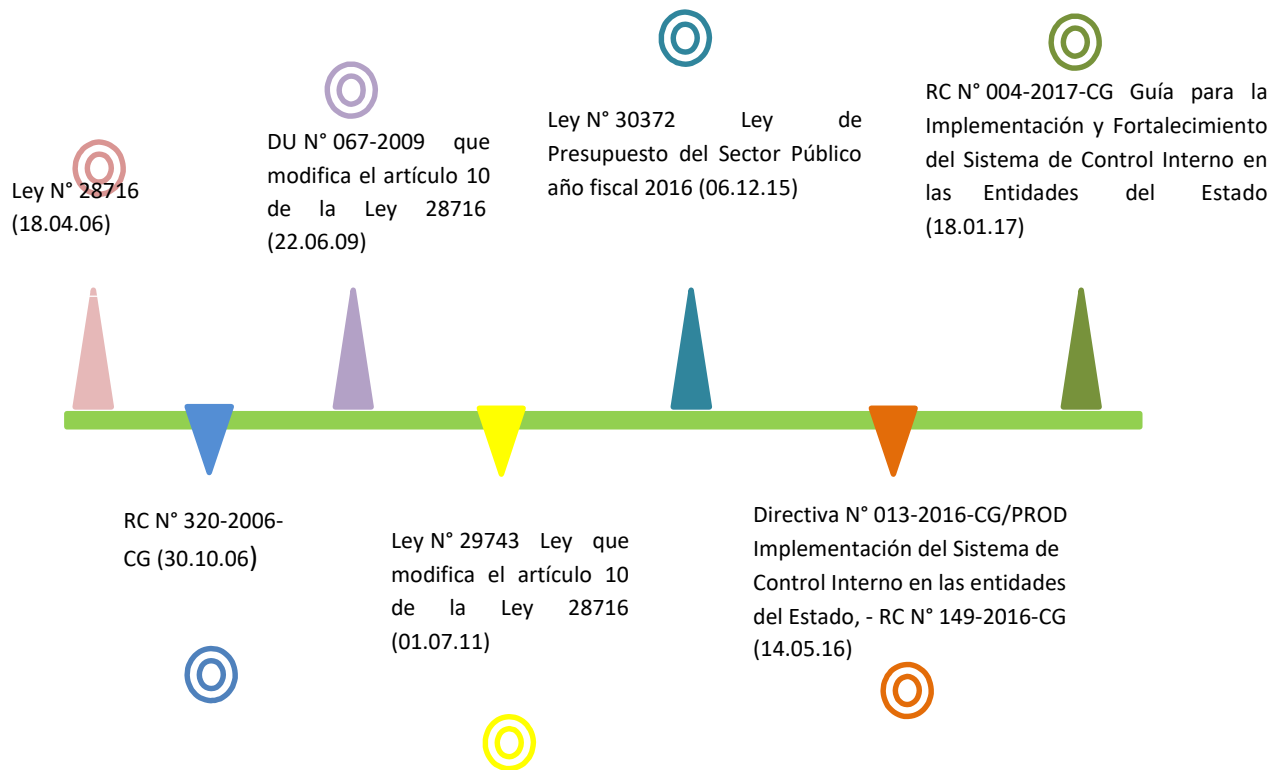
En la entidad de su proyecto de investigación, los colaboradores que trabajan en el área de tesorería no conocen las operaciones que se realizan en el área, las funciones se designan de manera verbal o asumidas por iniciativa personal y no cuentan con un manual de procedimientos mucho menos normas referente a gestión documentaria.

Una falencia del control interno es el escaso interés tomada por el personal que trabaja en el área por la salvaguardia del acervo documentario; además, no existe un control de acceso al área de tesorería.

De lo cual podemos concluir que, los documentos normativos y de gestión son primordiales para el buen desempeño de los trabajadores de toda entidad en el sector público, evitando que se genere duplicidad en las funciones; además, se debe considerar un buen nivel de acceso y minimizar los riesgos en los activos del área de tesorería.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Directiva Administrativa N° 207-MINSA/DGSP-V.01 (2015). La Consulta Externa está definida por el Ministerio de Salud del Perú como la “Unidad Básica del establecimiento de salud organizada para la atención de salud en la modalidad ambulatoria a usuarios que no están en la condición de urgencia y/o emergencia”



Elaboración: Propia de los autores de la Tesis

RC N ° 320-2006-CG. Se Aprueba Normas de Control Interno.

RC N ° 458-2008-CG. Se aprueba la Guía para la implementación del SCI de las entidades del Estado, Derogado.

Decreto de Urgencia N° 067-2009 Dejo latente los plazos establecidos para la citada implementación.

Ley N ° 29743 (2011). Se aprueba Ley que modifica el artículo 10 de la Ley 28716.

Directiva N ° 013-2016-CG/GPROD (2016). La implementación del Control Interno en instituciones hospitalarias, se alinean al modelo señalado por la Contraloría General de la República, el modelo se

subsume al estricto apego del marco normativo que lo regula; por lo tanto, el control interno para la mejora de los procesos en los hospitales está debidamente regulado, aprobada con RC N ° 149-2016-CG.

INTOSAI (2016). Organización de la que es integrante la Contraloría General de la República del Perú, es de mencionar que la citada organización desde inicios de los noventa está abocada a fomentar la implementación del control en las instituciones públicas, logrando consolidar su tan anhelo, a través de la aprobación de un documento denominado "Guía para las Normas de Control Interno del Sector Público" estableciendo así el derrotero de forma global como marco referente en materia de Control interno.

Ley N ° 28716 (2016). Esta ley concerniente al control interno de las entidades del estado se complementan con otras normas asociadas al quehacer del Control Interno alineadas a guía rectara de la INTOSAI la cual está bajo la tutela de la Contraloría General de la República del Perú (CGR-2006), en ese contexto la CGR dispuso la elaboración y cumplimiento de una guía de Implementación del Sistema de Control Interno en instituciones del sector público (CGR-2008), en este marco normativo de manera imperativa se determinó un plazo perentorio de veinticuatro meses como máximo en desarrollar la implementación del Control Interno en los diferentes estamentos del estado.

RC N ° 004-2017-CG. Se aprueba la Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado.

Modelo de Implementación del Sistema de Control Interno
Fases, Etapas y Actividades

FASE PLANIFICACIÓN			FASE EJECUCIÓN	FASE EVALUACIÓN
<p>Etapa I</p> <p>Acciones preliminares</p>	<p>Etapa II</p> <p>Identificación de brechas</p>	<p>Etapa III</p> <p>Elaboración del Plan de Trabajo para el cierre de brechas</p>	<p>Etapa IV</p> <p>Cierre de Brechas</p>	<p>Etapa V</p> <p>Reportes de evaluación y mejora continua</p>
<p>1.-Suscribir acta de compromiso.</p> <p>2.- Conformación del Comité de Control.</p> <p>3.-Sensibilizar y capacitar en Control Interno</p>	<p>4. Elaborar el programa para realizar el diagnóstico del SCI.</p> <p>5.- Realizar el diagnóstico del SCI.</p>	<p>6.-Elaborar el plan de trabajo con base en los resultados del diagnóstico del SCI.</p>	<p>7.-Ejecutar las acciones definidas en el plan de trabajo.</p>	<p>8.-Elaborar reportes de evaluación respecto a la implementación del SCI</p> <p>9.- Elaborar un informe final.</p> <p>10.- Retroalimentar el proceso para la mejora continua del SCI</p>

Fuente: Directiva N ° 013-2016-CG/GPROD "Implementación del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado"

Ley N ° 30372 (2016). En una de sus disposiciones complementarias finales, determinó que sin excepción alguna el gobierno en sus tres niveles se debía implementar Control Interno, en un periodo que no exceda treinta y seis (36) meses, contabilizados desde la entrada en vigencia la presente ley; encargando a la Contraloría General de la República emitir las disposiciones conteniendo los plazos por cada fase y nivel de gobierno y las demás normas necesarias para dar cumplimiento delegado.

COSO (Committee of Sponsoring Organizations) (2013). Es un cuerpo colegiado integrado por un quinteto de organizaciones del sector privado de Estados Unidos cuyo fin es desarrollar un órgano consultivo en tópicos relacionados con la gestión del riesgo a nivel empresarial, identificación del fraude y el control interno (La Asociación Americana de Contabilidad, El Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados, Ejecutivos de Finanzas Internacional, el Instituto de Auditores Internos, La Asociación Nacional de Contadores ahora el Instituto de Contadores Administrativos).

El modelo COSO Control Interno- Marco Integrado establece un marco de referencia para la implementación del Control Interno el cual contempla cinco componentes (ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, Información y comunicación y seguimiento), el control interno vislumbrado desde una perspectiva internacional, connota importancia para aumentar la transparencia, la participación ciudadana y la rendición de cuentas en los asuntos del control gubernamental en la búsqueda del bien común.

Es de precisar que para implementar el control interno, la entidad en estudio, cuenta con el acta de compromiso suscrita y el comité de

control interno se encuentra debidamente conformado, mediante Resolución Ejecutiva Regional N 088-2017-GR.LAMB/PR.

En el modelo COSO Control Interno señala cinco componentes de control interno, los cuales se pasan a detallar:

Ambiente de control, Es soporte del sistema de control interno, y suministra disciplina a la estructura. Es apoyan de los otros componentes, resultando necesario construir y constituir un buen ambiente de control eficaz y eficiente, que marque el curso del accionar de la institución y determine el accionar su personal los cuales actúen en marco de valores e integridad que potencie capacidades, defina el estilo de dirección y gestión, que regule la asignación de responsabilidad y autoridad en la estructura organizativa, políticas y prácticas de personal (COSO, 2013).

Evaluación de riesgos, Reside en identificar y analizar riesgos relevantes para el logro de objetivos, y sirve de base para establecer cómo gestionarlos. La condición antecesora la identificación de los objetivos a los distintos niveles, las cuales deberán estar vinculados entre sí (COSO, 2013).

Actividades de control, Conjunto políticas, procedimientos, técnicas, prácticas y mecanismos que permiten administrar los riesgos evidenciados, de acuerdo a la evaluación de riesgos y aseverar el cumplimiento de las directrices establecidas (COSO, 2013).

Información y comunicación, De acuerdo a este componente, se identifica, recopila y propaga información oportuna en tiempo y forma, que ayude cumplir a funcionario sus responsabilidades a cargo. Del mismo modo, la comunicación debe fluir en todas las direcciones

de manera más eficiente, tanto de forma descendente como ascendente COSO (2013).

Supervisión y seguimiento, Es necesario un proceso que confronte la vigencia del sistema en el tiempo. Lográndose a través de actividades de supervisión continuada, evaluaciones periódicas o combinación de ambas **COSO (2013)**.

Los mencionados componentes se configuran como una pirámide en el enfoque sostenido en 1992.

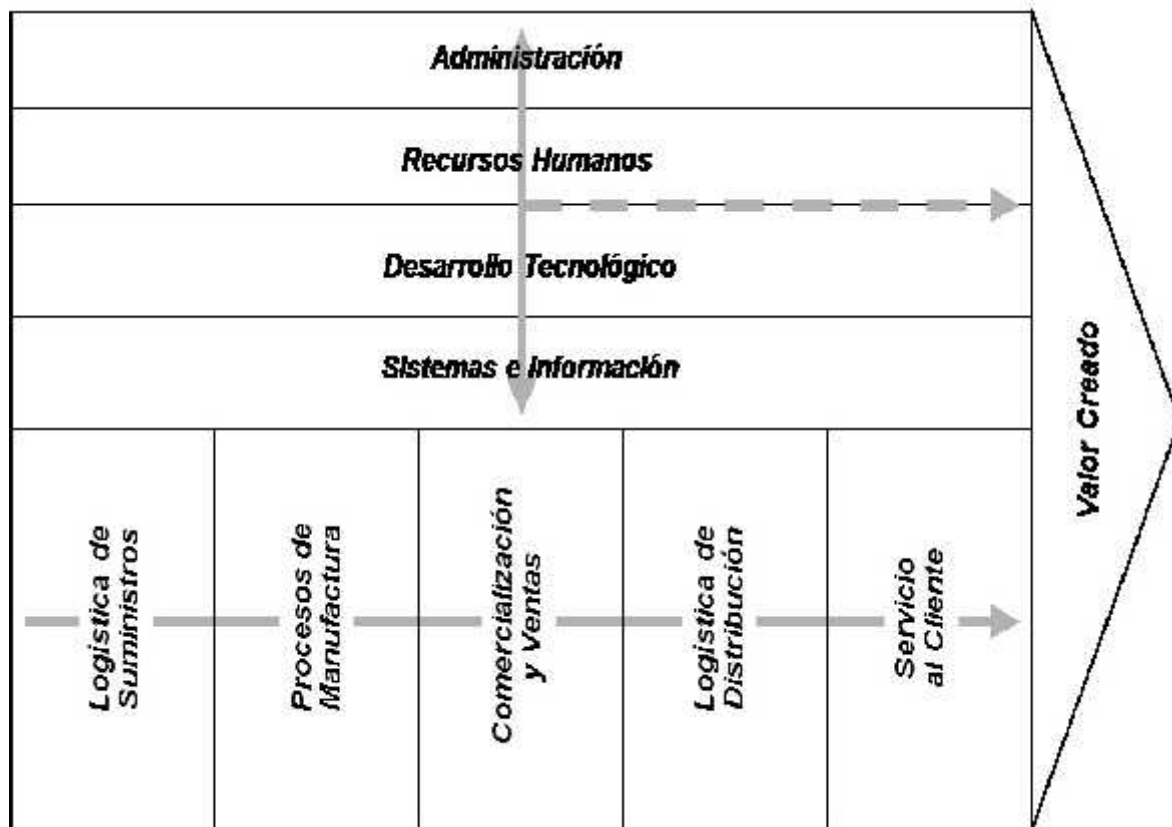
El ambiente de control representa la base de la pirámide, que manifiesta la idea que los otros factores de ese componente instituyen un cimiento para la interacción del total de los componentes y toda la operación del control interno.

COSO en su versión 2013, continuó con los cinco componentes, pero suprimió la representación piramidal. Al presente, el sistema se estructura como un cubo, el cual el ambiente de control se encuentra representado en la parte superior, a fin de afianzar el compromiso de que el control interno deba fluir de la cúspide, dado que la alta dirección como responsable del sistema en primera instancia, deben construir un ambiente propicio para el desarrollo del control interno.

En esta nueva versión del Informe COSO, prescribe que los cinco componentes se relacionan con un conjunto de diecisiete principios, y éstos a su vez, se corresponden con setenta y ocho puntos de interés que son indicadores del acatamiento de los principios. La enunciación de los principios compone una formalización de los conceptos primordiales precedentes en el marco original. El citado marco refiere una serie de puntos de interés que son representaciones prácticas de

dichos principios. De concordancia con el enfoque, los cinco componentes funcionales y los principios correspondientes son de cumplimiento imperativo, no siendo así los puntos de interés, ello debido a que los órganos de dirección pueden establecer que puntos le son importantes para su institución y cuáles no.

Michael Porter, (1986). La cadena de valor es una herramienta de análisis que enfatiza en todas las actividades de una organización y prescribe en clasificar y organizar sus procesos con el propósito de enfocar los programas de mejora a fin generar valor al cliente final y la organización en sí misma.



Fuente: Michael Porter, (1986), “Ventaja Competitiva”

1.4. Formulación del Problema

¿El control interno mejorará el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018?

1.5. Justificación del estudio

Ley N ° 27785 (2002). *“Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, y sus modificatorias”.*

Ley N ° 27658 (2002). *“Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado”.*

Ley N ° 28716 (2006). *“Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, y sus modificatorias”.*

Decreto Supremo N ° 004-2013-PCM (2013), *“que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021”.*

Ley N ° 30372 (2016). *“Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016”.*

Resolución de Contraloría N ° 149-2016-CG (2016), *“que aprueba la Directiva N ° 013-2016-CG/GPROD denominada “Implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado”. - Control Interno – Marco Integrado COSO 2013.) que regula la implementación de control interno considerando sus componentes (entorno de control, evaluación del riesgo, actividades de control, Información y comunicación y seguimiento)”.*

Estando circunscrita la entidad materia de estudio dentro de su ámbito de aplicación hemos creído por conveniente determinar qué importante resultaría implementar el sistema de control interno en el proceso de la consulta externa que comprende los procesos de (admisión, Gestión de las historias clínica, triaje y atención medica) en aras del mejoramiento del servicio del citado proceso.

Es de precisar que el proceso de implementación del Sistema de Control Interno se ha definido tres (03) fases (planificación, ejecución y evaluación),

razón por la cual se pretende establecer los factores que viabilizan o no viabilizan la implementación del control interno desde la perspectiva de quienes ejecutan el proceso de la Consulta externa.

1.6. Hipótesis

Ha: La propuesta de control interno mejorará el proceso de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Ho: La propuesta de control interno no mejorará el proceso de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

1.7. Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Proponer un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuya a la implementación del Control Interno.

1.7.2 Objetivos Específicos

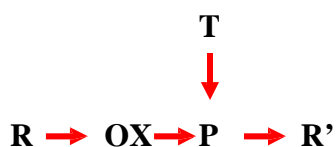
1. Identificar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.
2. Diseñar un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuya a la implementación del Control Interno.
3. Validar el plan de capacitación mediante jueces expertos para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

2. METODO

2.1. Diseño de Investigación

Según el tipo de estudio expuesto, le corresponde el diseño no experimental transversal porque recolecta datos en un solo momento con la finalidad de analizar una variable en un momento dado para posteriormente diseñar la propuesta de investigación. (Hernández, 2014)

El diseño queda esquematizado de la siguiente manera:



Donde:

R: Realidad observada. - Realidad actual de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.

OX: Análisis de la realidad. - Diagnóstico de la problemática respecto al proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.

P: Propuesta. - Propuesta de un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrolla las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

T: Teoría que fundamenta la propuesta. - Teoría del comportamiento humano, general de sistemas y de las relaciones Humanas.

R': Realidad que se espera alcanzar. - . Mejorar en términos de Eficiencia el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.

2.1.1. Alcance del estudio

El estudio es de tipo descriptivo, en el cual se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos,

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, 2014)

2.2. Variables

Variable Independiente: Control Interno.

Variable Dependiente: Proceso de Consulta Externa

2.2.1. Definición conceptual

Control Interno (V.I.)

El control interno es un proceso llevado a cabo por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de la entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos relacionado con las operaciones, la información y el cumplimiento (COSO, 2013)

Proceso de Consulta Externa (V.D.)

Unidad Básica del establecimiento de salud organizada para la atención de salud en la modalidad ambulatoria a usuarios que no están en la condición de urgencia y/o emergencia (Directiva Administrativa N° 207-MINSA/DGSP-V.01, 2015)

2.2.2. Definición operacional.

Consulta Externa.

Engloba a los siguientes 4 procesos de menor nivel: Admisión, Gestión de Historias Clínicas, Triage y Atención Médica, cuyo objetivo es la atención integral de los pacientes ambulatorios.

Control Interno

Proceso que está constituido por los siguientes cinco componentes: Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Supervisión y Seguimiento, cuyo objetivo es brindar un grado de seguridad prudente para el logro de los objetivos institucionales,

2.2.3. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	CATEGORIAS	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
CONTROL INTERNO	EFICIENTE	AMBIENTE DE CONTROL	Conocimiento de la estructura organizacional.	Cuestionario
		EVALUACION DE RIESGOS	Valoración del conocimiento en gestión de riesgo	
	DEFICIENTE	ACTIVIDADES DE CONTROL	Valoración del conocimiento de las actividades de control	
		INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Niveles de Información para el desarrollo de sus actividades	
		SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO	Efectividad de los controles a las actividades	
CONSULTA EXTERNA	MUY BUENO BUENO REGULAR	ADMISIÓN	Número de citas	
		GESIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	Número de Historias clínicas sin incidentes	
	MALO	TRIAJE	Número de Atenciones	
		ATENCIÓN MÉDICA	Número de prestaciones efectivizadas	

2.3. Población y Muestra

Población:

Tamayo & Tamayo (1997). “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (p.114)

N =125 trabajadores, es el número de trabajadores involucrados directamente en el proceso de consulta externa, obtenida de Unidad de Desarrollo Humano. Nómina de personal del sistema INFORHUS

Muestra:

Tamayo & Tamayo (1997). “Es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico” (p.38)

DATOS	VALORES
N	125
P	0.5
Q	0.5
Z	1.96
E	0.05
n	94

“Para calcular el tamaño de la muestra se ha creído conveniente el uso de la fórmula para estimar proporciones con una probabilidad de éxito para muestra máxima (según Cochran en su libro técnicas de muestreo donde (P = Q = 0.5)”.

$$n = \frac{N * P * Q * Z^2}{E^2} = 94$$

N: Tamaño del universo (se conoce puesto que es finito)

P: Porcentaje de la Población que tiene el atributo deseado

Q: Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado

NOTA: cuando hay indicación que posee o no el atributo, se asume 50% para P y 50% para Q

Z: Nivele de confianza correspondiente con los valores de Z

E: Error de estimación máximo aceptado

n: Tamaño de la muestra.

	POBLACIÓN	MUESTRA
Admisión -Personal	25	21
Administrativo		
Archivos - Personal	21	11
Administrativo		
Triaje - Enfermeras	11	10
Triaje – Técnicos De	33	31
Enfermería		
Atención Medica - Médicos	35	21
TOTAL	125	94

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica de la encuesta. Para la recolección de información de los colaboradores del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque. Por ser esta una técnica muy eficaz para la obtención de información primaria, para lo cual se tiene como instrumento el cuestionario.

Cuestionario: Instrumento elaborado con la finalidad de recolectar datos referentes al tema de investigación, consta de 17 preguntas cerradas, las que serán aplicadas a los colaboradores que intervienen en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque. Este cuestionario será aplicado a la muestra seleccionada (21 médicos, 10 enfermeras, 31 técnicos y 32 personal administrativo), el día 20 de junio de 2018.

Como técnica se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario (Anexo 1). Los datos serán recolectados, de la siguiente:

1. Se realizaron las coordinaciones respectivas con los responsables de cada área involucrada en el proceso de consulta externa.
2. La encuesta fue desarrollada al inicio de las actividades.

3. Se desarrolló en el ambiente de trabajo, se asegurará que el personal responda de manera personal sin la intervención de alguna persona ajena para dicho propósito.
4. Para ello se obtuvo la lista de los encuestados por cada área

Validez y confiabilidad

El instrumento tuvo una validez de contenido, a partir de tres jueces expertos; además, se determinó la validez del constructo aplicando el análisis Correlacional ítem – total, donde las correlaciones superan el valor recomendado ($r > 0.33$) y para la confiabilidad, se utilizó la prueba de consistencia interna alfa de Cronbach ($\alpha > 0.70$).

2.5. Métodos de análisis de la información

En el desarrollo de nuestro trabajo de investigación las pruebas estadísticas a utilizar son tablas y gráficos de frecuencia y el software a emplear es el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Y para determinar el estadístico de confiabilidad se usó la prueba del coeficiente alfa de Cronbach y la validez las correlaciones ítem totales corregida, y serán determinadas con la prueba F (ANOVA).

2.6. Método de investigación

Se van a utilizar los siguientes métodos en todo el proceso del proyecto de investigación:

2.6.1 Método Hipotético-Deductivo.

Es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Consiste en formular la hipótesis que

luego de un tratamiento a la variable dependiente busca dar explicaciones de los datos y arribar a conclusiones.

2.6.2 Método de Análisis de Datos.

Este método ayudó a los investigadores a analizar la información relevante respecto al marco teórico, así mismo servirá para procesar la información recogida luego de aplicar los instrumentos de trabajo de campo que permitirá formular las conclusiones finales de la investigación.

2.6.3 Método Analítico – Sintético.

Este método fue utilizado especialmente después de la aplicación del instrumento.

2.6.4 Analítico.

Este método implica el análisis (del griego análisis, que significa descomposición), esto es la separación de un todo en sus partes o en sus elementos constitutivos. Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes. Pues, los resultados serán analizados partiendo de los resultados globales.

2.6.5 Sintético.

Implica la síntesis (del griego synthesis, que significa reunión), esto es, unión de elementos para formar un todo .

2.6.6 El juicio analítico.

Implica la descomposición del fenómeno, en sus partes constitutivas. Es una operación mental por la que se divide la representación totalizadora de un fenómeno en sus partes .

2.6.7 El de Modelación

Este método se utilizó para la elaboración de la propuesta final del trabajo de investigación .

2.7. Aspectos éticos

Se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos, informando a los funcionarios y/o directivos el propósito del estudio y su aceptación de manifiesto mediante la firma del documento de Consentimiento Informado. (Anexo 03) .

La investigación guardara ceñirse a los requerimientos de rigor científico con respecto a la validez y confiabilidad del instrumento; la validez se refleja en la interpretación concreta de los resultados y la confiabilidad permite la posibilidad de replicar el estudio empleando los mismos métodos y estrategias de recolección de datos.

III. RESULTADOS

Se diseñó una propuesta de control interno mediante un plan de capacitación de sensibilización sobre las dimensiones, ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control e Información y comunicación para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

La cual debe ser ejecutada bajo la supervisión del comité de control interno del Hospital Regional Lambayeque.

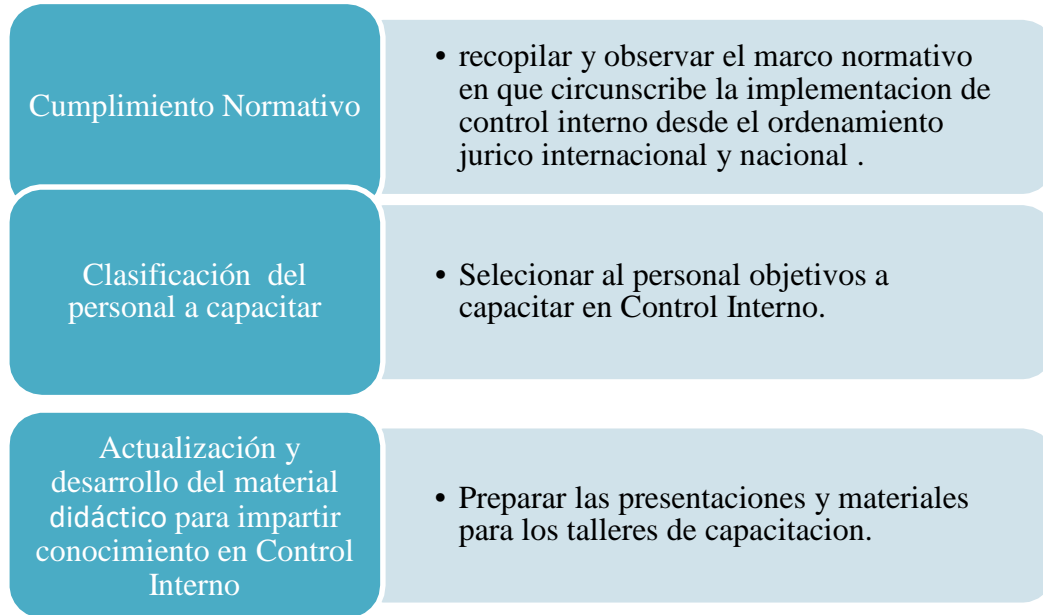
Plan de capacitación de Control Interno para el Proceso de Consulta externa



Fuente: Piscocya Abel & Santisteban Edwin - 2018.

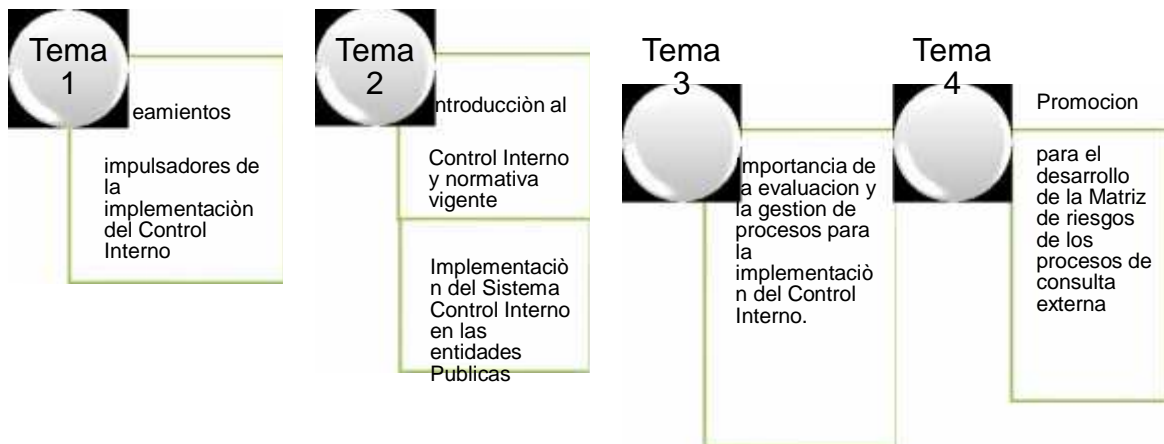
ACCIONES PREVIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES

A efectos de cumplir con los objetivos establecidos en el presente plan de capacitación es importante se efectuó las siguientes acciones:



Fuente: Piscoya Abel & Santisteban Edwin - 2018.

TEMAS DE SENSIBILIZACIÓN, CAPACITACIÓN / ACOMPAÑAMIENTO



Fuente: Piscoya Abel & Santisteban Edwin - 2018.

Capacitación, Sensibilización y Presentación de Herramientas de Gestión de Riesgos en procesos operativos

Para el desarrollo de esta actividad ha de tenerse en cuenta lo siguiente:

i. Personal involucrado con el proceso de consulta externa.

En una primera etapa se priorizará la sensibilización, capacitación y presentación de las Herramientas de Gestión de Riesgos a todo el personal de que labora directamente en el proceso en la consulta externa, esta actividad servirá para ir mejorando las herramientas que posteriormente serán puestas a disposición de todos los procesos priorizados del Hospital Regional Lambayeque.

ii. Personal que no están enmarcados en el proceso de consulta externa.

La capacitación a este tipo de personal no tendrá diferencia alguna con respecto a otros procesos operativos del Hospital Regional Lambayeque. No obstante, la intervención prevista es de menor intensidad.

El proceso de capacitación se efectuará teniendo en cuenta el siguiente:

- a. Eventos de Capacitación para Personal del proceso de consulta externa.
- b. Asistencia Técnica y Acompañamiento de la evaluación de Riesgos para la implementación del control interno.

Resultado esperado del desarrollo del Plan de Capacitación

Personal del proceso consulta externa sensibilizado para dar paso a la implementación de control interno.

Se identificó el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Tabla 1:

Resultados del análisis de la dimensión Admisión

	Frecuencia	Porcentaje
Limitado	14	66.7%
Regular	4	19.0%
Bueno	2	9.5%
Muy Bueno	1	4.8%
Total	21	100.0%

Fuente: Elaboración propia

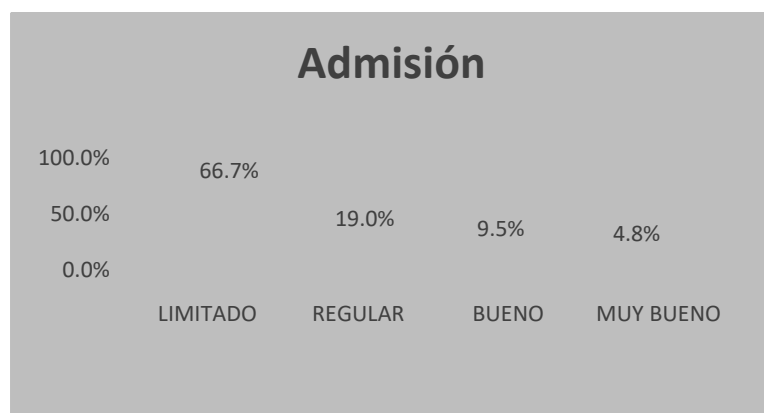


Figura 1: Resultados del análisis de la dimensión Admisión

Se evidencia que en el proceso de Admisión el 66.7% de los encuestados, tienen un limitado conocimiento sobre los componentes del Control Interno, mientras el 19.0% denota un conocimiento regular sobre los citados componentes; además, el 9.5% se condice con un conocimiento catalogado como bueno, finalmente solo el 4.8% registra un conocimiento catalogado como muy bueno, respecto a los componentes del Control Interno.

Tabla 2:

Resultados de la Dimensión Gestión de Historias Clínicas

	Frecuencia	Porcentaje
Limitado	7	63.6%
Regular	2	18.2%
Bueno	1	9.1%
Muy Bueno	1	9.1%
Total	11	100.0%

Fuente: Elaboración propia



Figura 2: Resultados de la Dimensión Gestión de Historias Clínicas

Se evidencia que en el proceso de Gestión de Historias Clínicas el 63.6% de los encuestados, tienen un limitado conocimiento sobre los componentes del Control Interno, mientras el 18.2% denota un conocimiento regular sobre los citados componentes; además, el 9.1% se condice con un conocimiento catalogado como bueno, finalmente solo el 9.1% registra un conocimiento catalogado como muy bueno, respecto a los componentes del Control Interno.

Tabla 3:

Resultados de la Dimensión Triage

	Frecuencia	Porcentaje
Limitado	31	75.6%
Regular	5	12.2%
Bueno	3	7.3%
Muy Bueno	2	4.9%
Total	41	100.0%

Fuente: Elaboración propia



Figura 3: Resultados de la Dimensión Triage

Se evidencia que en el proceso de Admisión el 75.6% de los encuestados, tienen un limitado conocimiento sobre los componentes del Control Interno, mientras el 12.2% denota un conocimiento regular sobre los citados componentes; además, el 7.3% se condice con un conocimiento catalogado como bueno, finalmente solo el 4.9% registra un conocimiento catalogado como muy bueno, respecto a los componentes del Control Interno.

Tabla 4:

Resultados de la Dimensión Atención Médica

	Frecuencia	Porcentaje
Limitado	12	57.1%
Regular	5	23.8%
Bueno	3	14.3%
Muy Bueno	1	4.8%
Total	21	100.0%

Fuente: Elaboración propia



Figura 4: Resultados de la Dimensión Atención Médica

Se evidencia que en el proceso de Admisión el 57.1% de los encuestados, tienen un limitado conocimiento sobre los componentes del Control Interno, mientras el 23.8% denota un conocimiento regular sobre los citados componentes; además, el 14.3% se condice con un conocimiento catalogado como bueno, finalmente solo el 4.8% registra un conocimiento catalogado como muy bueno, respecto a los componentes del Control Interno.

Tabla 5:

Tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	33	35.1%
Probablemente no	28	29.8%
No opina	24	25.5%
Probablemente si	6	6.4%
Definitivamente si	3	3.2%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

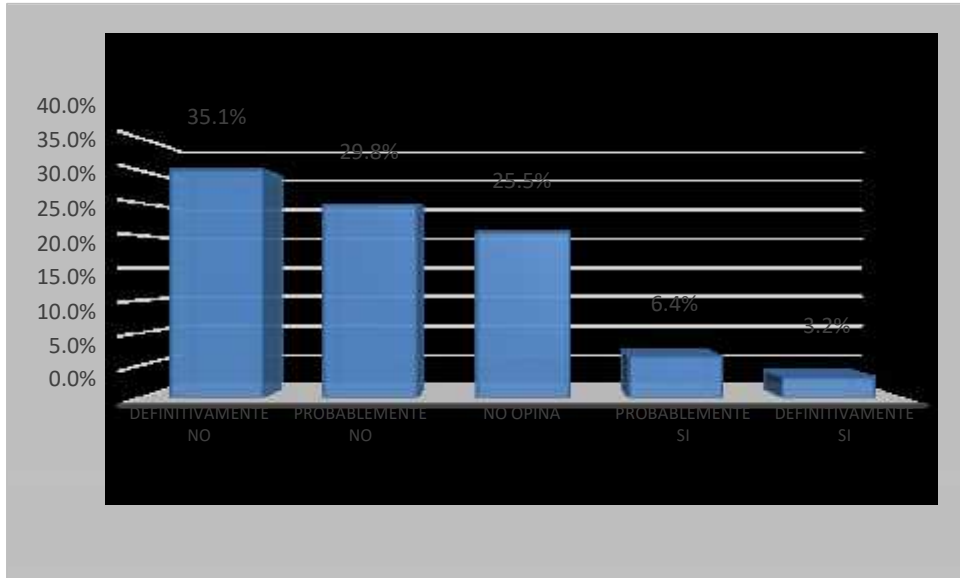


Figura 5: Tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque

Del análisis realizado, se evidencia que el 35.1% definitivamente no tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque y, el 29.8% probablemente no tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque; además, el 25.5% no emite opinión sobre si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque, así mismo, el 6.4% probablemente si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque, finalmente, el 3.2% definitivamente si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque

Tabla 6:

Realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	42	44.7%
Probablemente no	33	35.1%
No opina	5	5.3%
Probablemente si	9	9.6%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

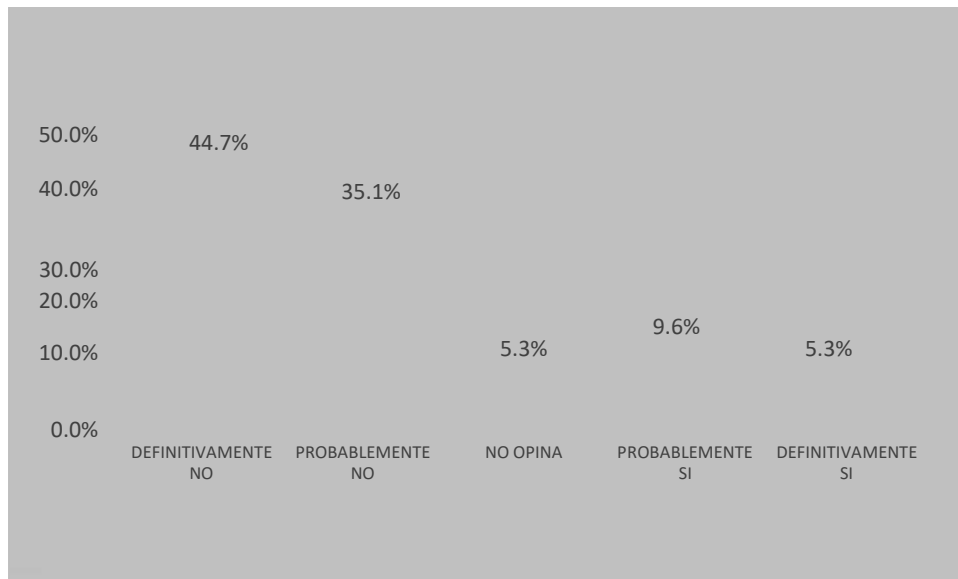


Figura 6: Realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa

Del análisis realizado, se registra que el 44.7% Definitivamente no considera que se realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa; el 35.1% Probablemente no considera que se realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa; además, el 5.3% No emite opinión sobre si se realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa, así mismo, el 9.6% Probablemente si considera que se realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que

ingresa, finalmente, el 5.3% Definitivamente si considera que se realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa

Tabla 7:

Está usted a gusto donde labora actualmente

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	38	40.4%
Probablemente no	19	20.2%
No opina	18	19.1%
Probablemente si	9	9.6%
Definitivamente si	10	10.6%
Total	94	100.0%

Fuente: elaboración propia

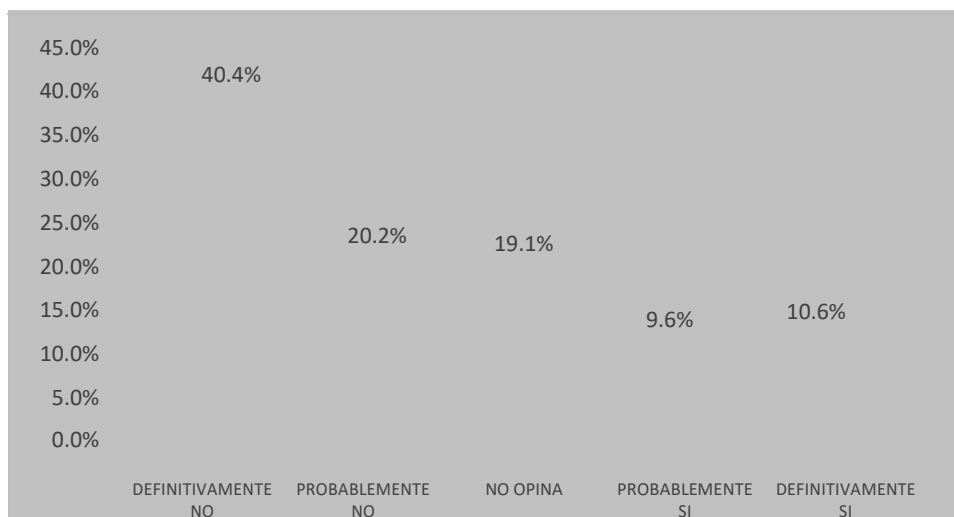


Figura 07: Está usted a gusto donde labora actualmente

Del análisis realizado, se evidencia que el 40.4% muestra disconformidad con el entorno en el que actualmente labora; el 20.2% manifiesta que probablemente no está del todo a gusto del lugar donde labora; además, el 19.1% adopta una postura neutra respecto del lugar donde labora; así mismo, el 20.2% (Probablemente Si, Definitivamente Si) indica estar a complacido en el lugar donde labora actualmente.

Tabla 8:

Sus superiores se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan.

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	54	57.4%
Probablemente no	30	31.9%
No opina	0	0.0%
Probablemente si	5	5.3%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

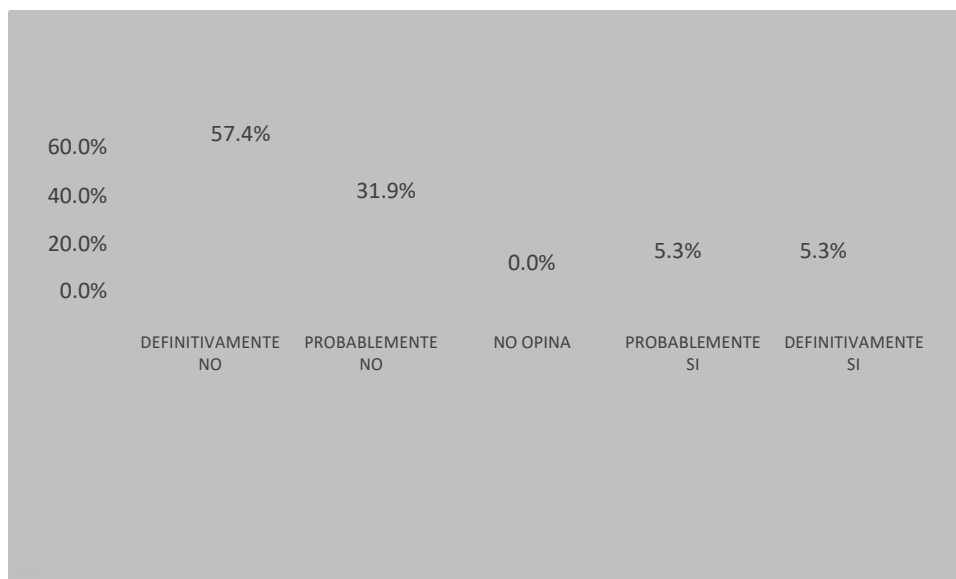


Figura 8: *Sus superiores se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan.*

Del análisis realizado, se registra que el 57.4% concuerda que sus superiores Definitivamente no se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan; el 31.9% concuerda que sus superiores Probablemente no se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan; además, el 5.3% concuerda que sus superiores Probablemente si se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que

desarrollan actualmente, finalmente, el 5.3% concuerda que sus superiores Definitivamente si se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan

Tabla 9:

Conoce acerca del sistema de control interno

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	48	51.1%
Probablemente no	31	33.0%
No opina	5	5.3%
Probablemente si	10	10.6%
Definitivamente si	0	0.0%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

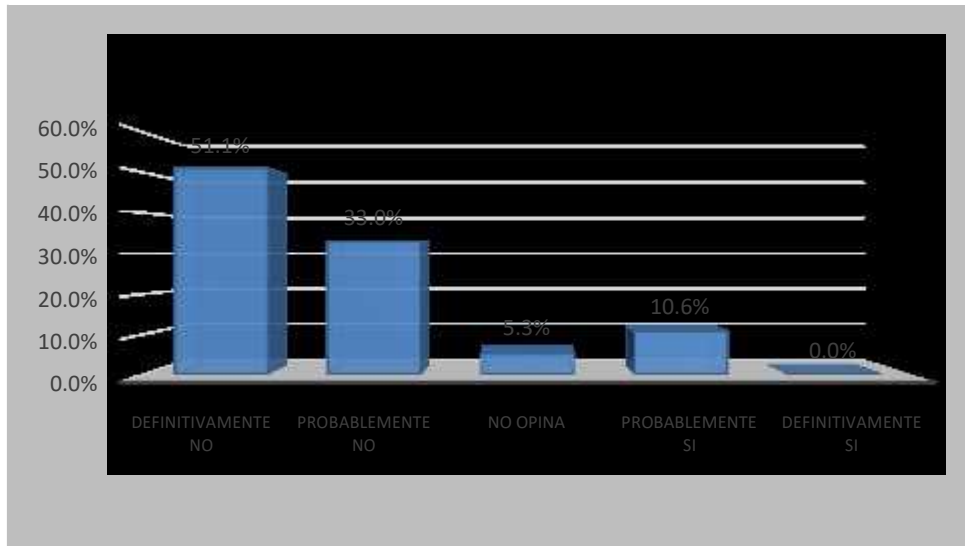


Figura 9: Conoce acerca del sistema de control interno

Del análisis realizado, se determina que el 51.1% desconoce respecto de la existencia del sistema de control interno; el 33.0% indica tener un conocimiento limitado del sistema de control interno; además, se evidencia el 5.3% se abstiene de omitir opinión referente a su conocimiento del sistema de control interno, finalmente el 10.6% refiere conocer acerca del sistema de control interno.

Tabla 10:

Ha recibido capacitación sobre control interno

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	43	45.7%
Probablemente no	41	43.6%
No opina	0	0.0%
Probablemente si	5	5.3%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia



Figura 10: Ha recibido capacitación sobre control interno

Del análisis realizado, se desprende que el 45.7% no ha recibido capacitación alguna sobre el tema de control interno; así mismo, el 43.6% refleja un grado de probabilidad de no haber sido capacitado respecto al tema de control interno, finalmente el 10.6% afirma que si logró ser capacitado en la materia de control interno.

Tabla 11:

Está interesado en recibir capacitación sobre control interno

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	2	2.1%
Probablemente no	5	5.3%
No opina	2	2.1%
Probablemente si	37	39.4%
Definitivamente si	48	51.1%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

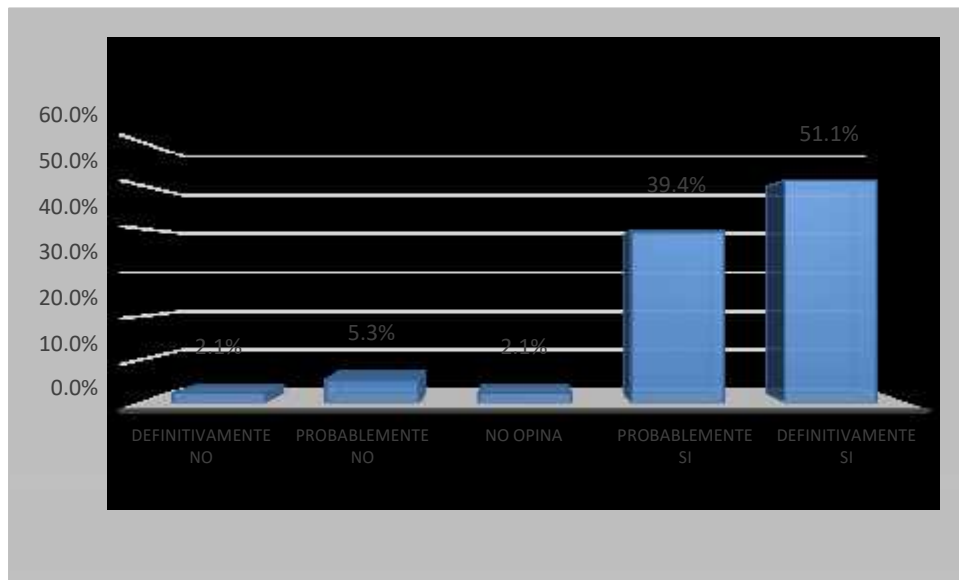


Figura 11: Está interesado en recibir capacitación sobre control interno

Del análisis realizado, se refleja que el 7.4% no denota interés en recibir capacitación en control interno; además; el 2.1% muestra una posición neutra respecto de capacitarse en el tema control interno, finalmente el 90.5% tiene interés en capacitarse en los componentes de control interno.

Tabla 12:

Está interesado en recibir capacitación sobre gestión de riesgos

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	9	9.6%
Probablemente no	0	0.0%
No opina	0	0.0%
Probablemente si	35	37.2%
Definitivamente si	50	53.2%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

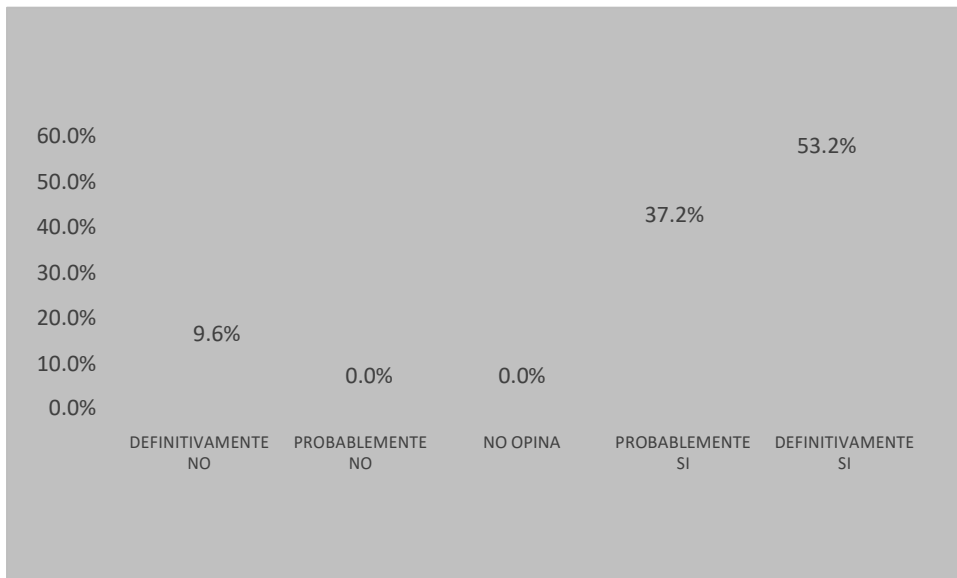


Figura 12: Está interesado en recibir capacitación sobre gestión de riesgos

Del análisis realizado, se evidencia que el 9.6% no muestra predisposición alguna en recibir capacitación sobre gestión de riesgos, finalmente el 90.4% expresa un interés de receptividad respecto de capacitarse sobre el tema de gestión de riesgos.

Tabla 13:

Gestiona el uso de tecnologías de información

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	39	41.5%
Probablemente no	37	39.4%
No opina	9	9.6%
Probablemente si	4	4.3%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

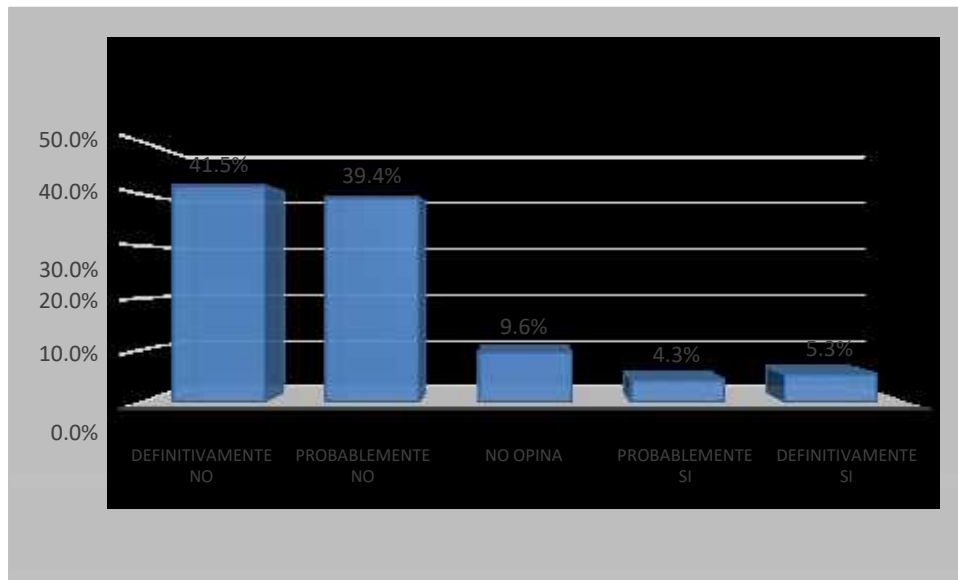


Figura 13: *Gestiona el uso de tecnologías de información*

Del análisis realizado, se aprecia que el 80.9% enuncia que no se gestiona el uso de tecnologías de información; además, el 9.6% evita expresar opinión respecto de la gestión del uso de tecnologías de información, finalmente el 9.6% indica que si se gestiona el uso de las tecnologías de la información.

Tabla 14:

Revisa periódicamente sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	37	39.4%
Probablemente no	32	34.0%
No opina	20	21.3%
Probablemente si	5	5.3%
Definitivamente si	0	0.0%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

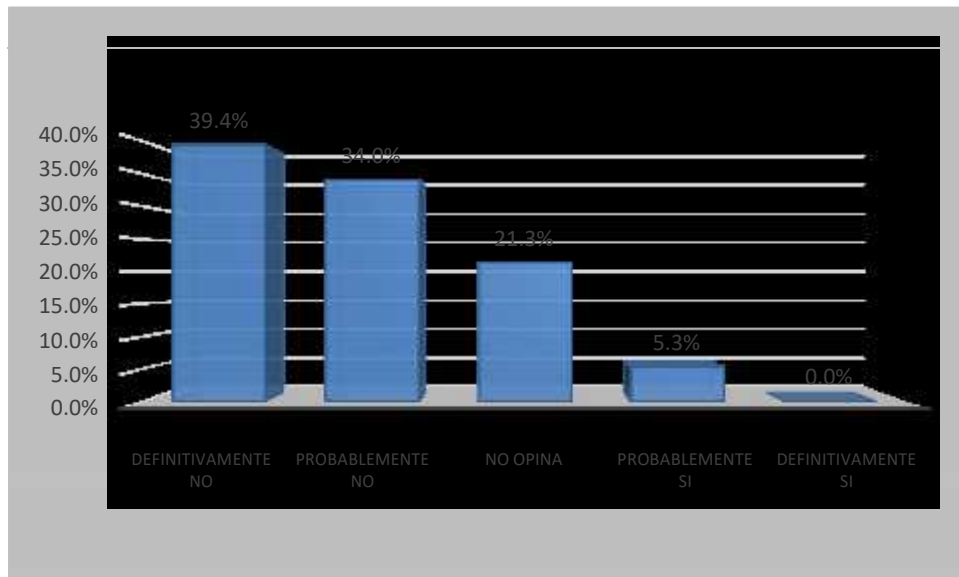


Figura 14: *Revisa periódicamente sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas*

Del análisis realizado, se determina que el 39.4% no realiza revisión alguna de manera periódica respecto a sus actividades y tareas con a fin de mejorarlas; así mismo, el 34.0% refiere que existe posibilidad de que no se realice revisión de sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas; además, el 21.3% se abstiene de omitir opinión respecto a la citada revisión de actividades y tareas, finalmente el 5.3% sentencia que si se revisa de manera periódica sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas.

Tabla 15:

Cuenta con un plan de mejora

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	39	41.5%
Probablemente no	33	35.1%
No opina	16	17.0%
Probablemente si	6	6.4%
Definitivamente si	0	0.0%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

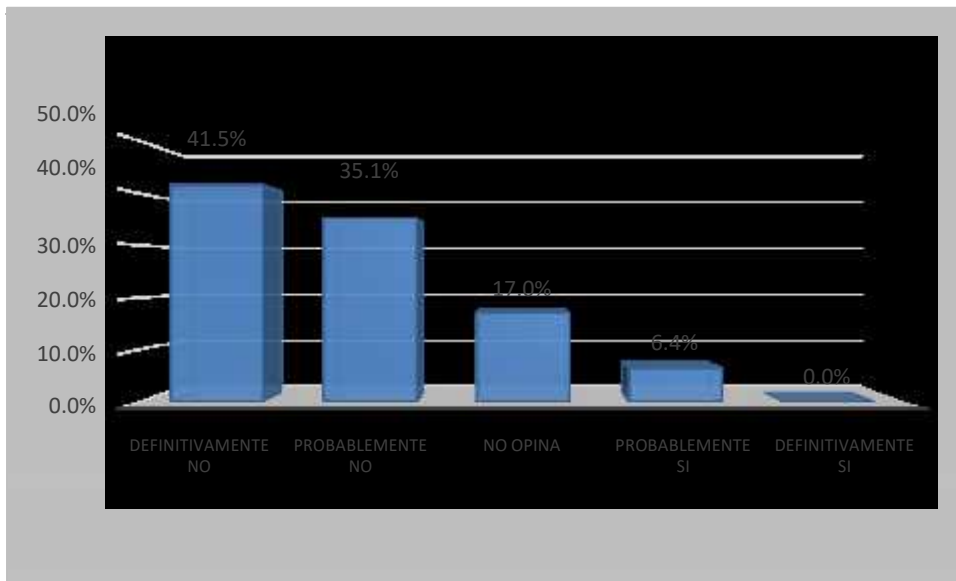


Figura 15: Cuenta con un plan de mejora

Del análisis realizado, se concluye que el 76.6% aduce que no se cuenta con un plan de mejora respecto de las actividades y tareas que desarrollan; además, el 17.0% desiste de emitir opinión respecto si se cuenta con un plan de mejora, finalmente, el 6.4% manifiesta que si se cuenta con un plan de mejora concerniente a las actividades y tareas que realizan.

Tabla 16:

Han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	38	40.4%
Probablemente no	25	26.6%
No opina	15	16.0%
Probablemente si	10	10.6%
Definitivamente si	6	6.4%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

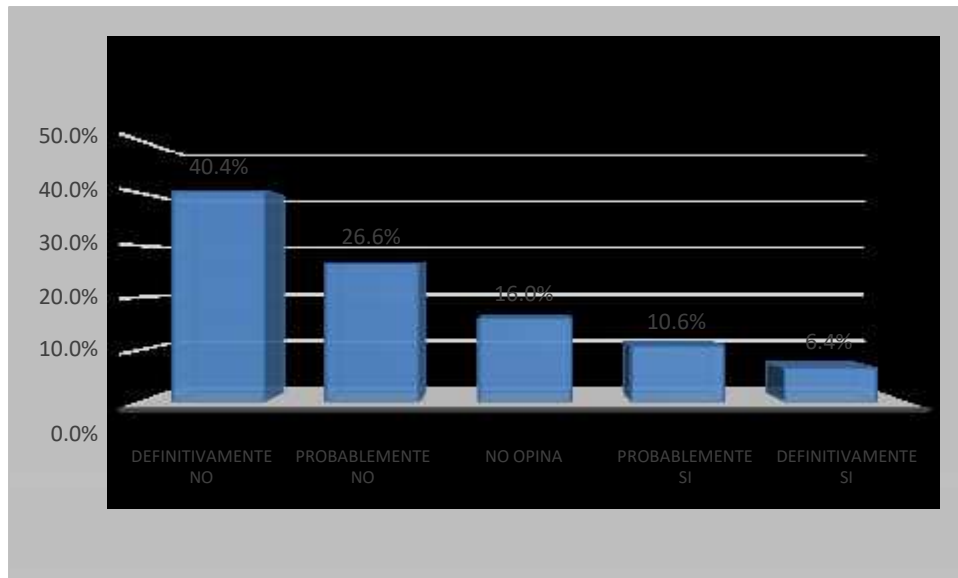


Figura 16: Han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas

Del análisis realizado, se registra que el 40.4% concuerda que definitivamente no se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas; el 26.6% concuerdan que probablemente no se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas; además, el 16.0% No emite opinión sobre si se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas; así mismo, el 10.6% concuerda que probablemente si se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas;

finalmente, el 6.4% definitivamente si se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas.

Tabla 17:

Realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	9	9.6%
Probablemente no	0	0.0%
No opina	0	0.0%
Probablemente si	45	47.9%
Definitivamente si	40	42.6%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

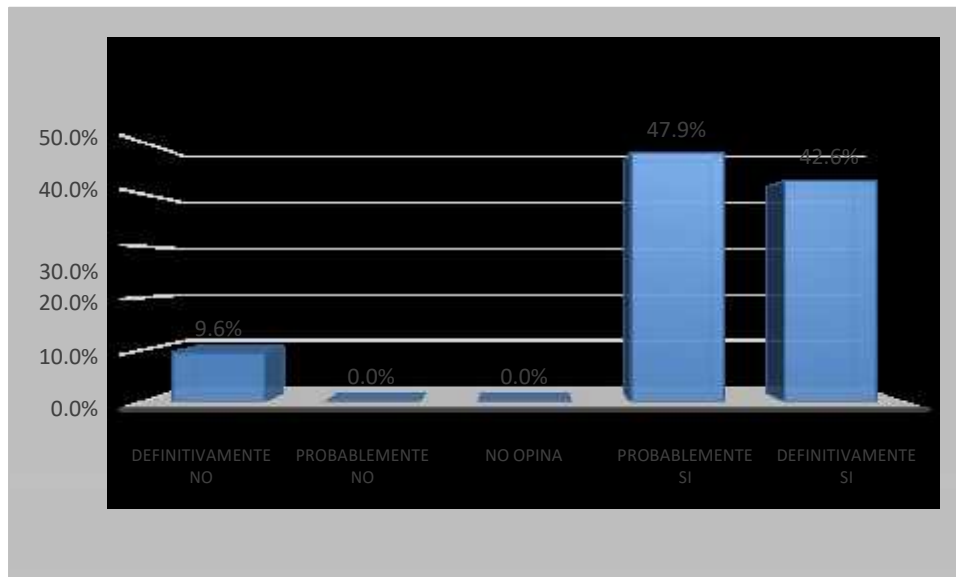


Figura 17: Realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas

Del análisis realizado, se registra que el 9.6% concuerda que Definitivamente no realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas y, el 47.9% concuerda que Probablemente si se realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas; finalmente, el 42.6% Definitivamente si se realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas.

Tabla 18:

El registro de la información es accesible y útil para el desarrollo de sus actividades

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	37	40.2%
Probablemente no	27	29.3%
No opina	4	4.3%
Probablemente si	15	16.3%
Definitivamente si	9	9.8%
Total	92	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

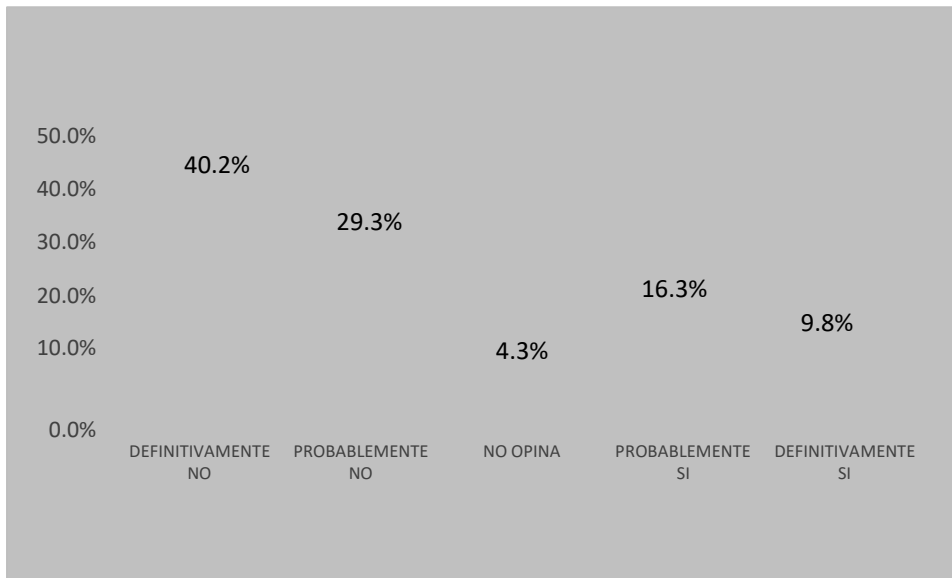


Figura 18: El registro de la información es accesible y útil para el desarrollo de sus actividades

Del análisis realizado, se finiquita que el 40.2% refieren que el registro de la información no es accesible y por lo tanto no genera utilidad para el desarrollo de sus actividades; así mismo, el 29.3% indica la posibilidad que el registro de la información no es accesible y útil; además, el 4.3% no emite opinión la accesibilidad y utilidad del registro de la información, finalmente el 26.1% valora el estado actual de la accesibilidad del registro de la información y utilidad para el desarrollo de sus actividades.

Tabla 19:

Conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	48	51.1%
Probablemente no	22	23.4%
No opina	10	10.6%
Probablemente si	9	9.6%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

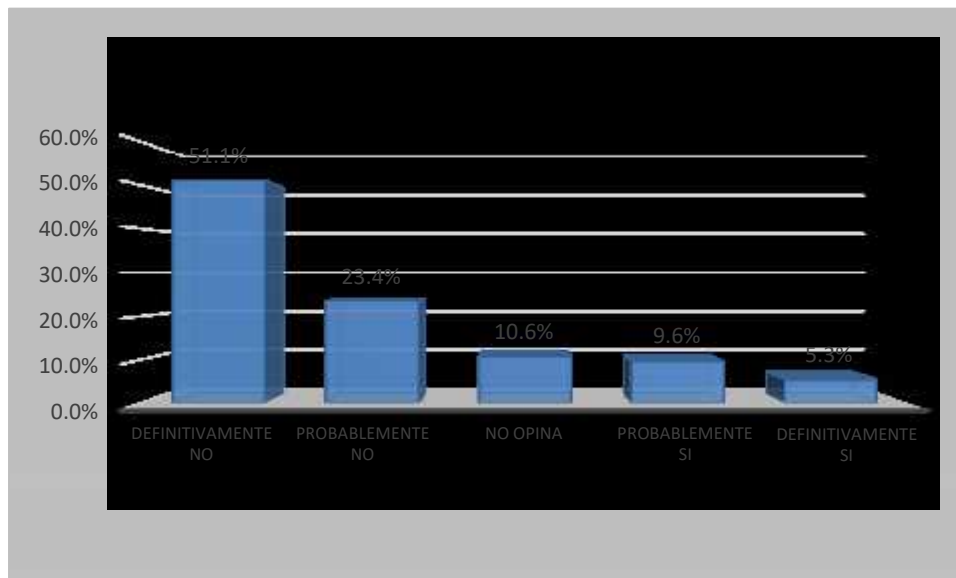


Figura 19: Conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades

Del análisis realizado, se registra que el 51.1% concuerda que definitivamente no conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; el 23.4% concuerdan que probablemente no conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; además, el 10.6% no emite opinión sobre si se conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; así mismo, el 10.6% concuerda

que probablemente si conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; finalmente, el 5.3% definitivamente si conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.

Tabla 20:

Conoce de la existencia del libro de reclamaciones

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	9	9.6%
Probablemente no	0	0.0%
No opina	0	0.0%
Probablemente si	42	44.7%
Definitivamente si	43	45.7%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

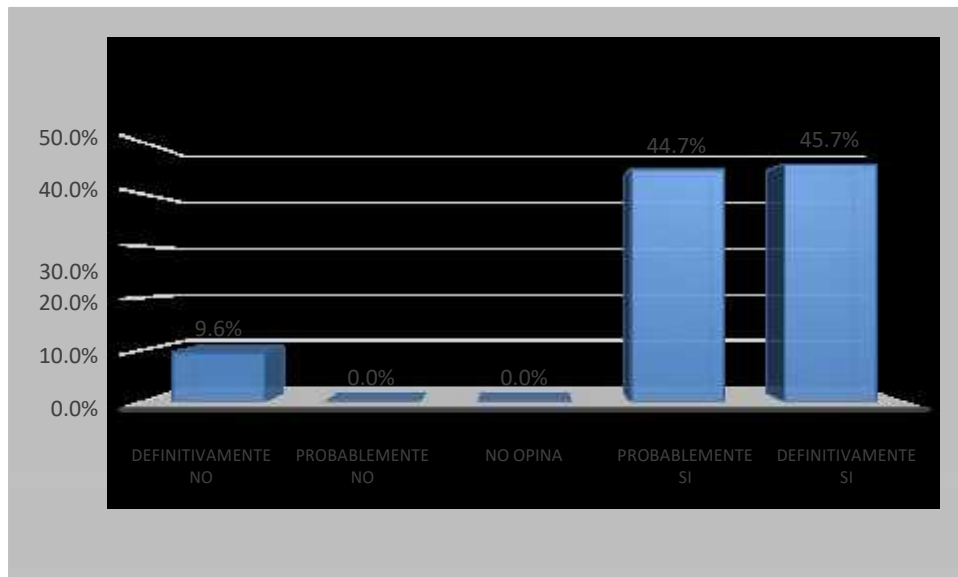


Figura 20: Conoce de la existencia del libro de reclamaciones

Del análisis realizado, se evidencia que el 9.6% desconoce totalmente de la existencia de un libro de reclamaciones, finalmente el 90.4% tienen conocimiento de la existencia y utilidad del libro de reclamaciones como instrumento para poder elaborar propuestas de mejora las actividades y tareas que desarrollan.

Tabla 21:

Toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional

	Frecuencia	Porcentaje
Definitivamente no	43	45.7%
Probablemente no	23	24.5%
No opina	13	13.8%
Probablemente si	10	10.6%
Definitivamente si	5	5.3%
Total	94	100.0%

Fuente: Elaboración propia

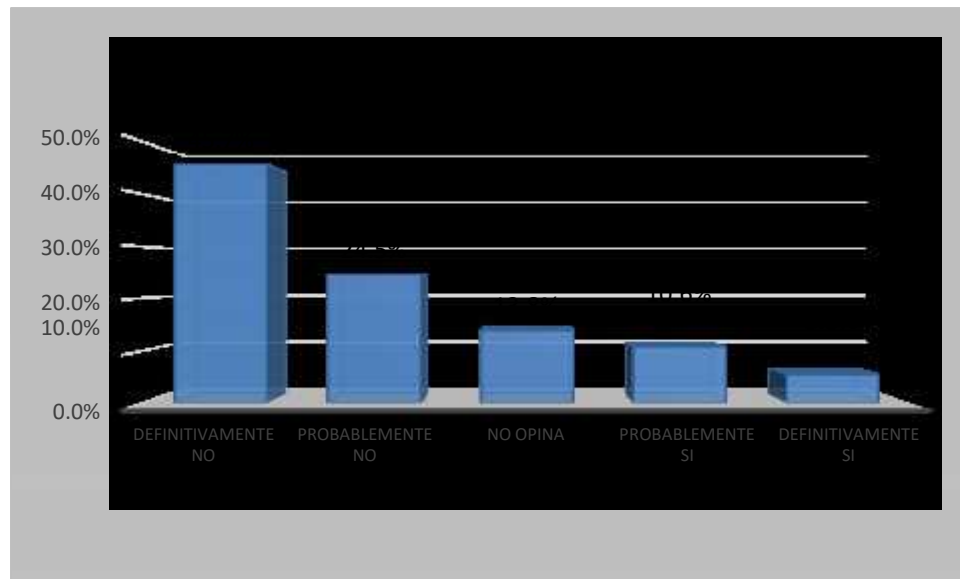


Figura 21: Toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional

Del análisis realizado, se registra que el 45.7% concuerda que Definitivamente no se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional y, el 24.5% concuerdan que Probablemente no se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; además, el 13.8% No emite opinión sobre si se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; así mismo, el 10.6% concuerda que Probablemente si se toma conocimiento sobre los informes la

evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; finalmente, el 5.3% Definitivamente si se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional.

Se validó el plan de capacitación mediante jueces expertos para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuya a la implementación del Control Interno (ver anexo 02)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,908	17

	Correlación elemento-	
	total	Alfa de Cronbach o
P1	,791	,896
P2	,180	,915
P3	,516	,905
P4	,407	,908
P5	,380	,908
P6	,470	,906
P7	,779	,897
P8	,768	,897
P9	,708	,899
P10	,667	,901
P11	,491	,905
P12	,385	,910
P13	,724	,898
P14	,706	,899
P15	,659	,901
P16	,755	,897
P17	,506	,905

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas		839,768	93	9,030		
Intra-personas	Inter-elementos	1313,458	16	82,091	98,964	,000
	Residual	1234,307	1488	,830		
	Total	2547,765	1504	1,694		
Total		3387,533	1597	2,121		

Media global = 3.14

IV. DISCUSIÓN

La consulta externa es un proceso sumamente importante para el Hospital Regional Lambayeque, siendo este uno de los pilares fundamentales dentro del potencial de servicio.

La finalidad de la presente investigación fue diseñar y proponer un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuya a la implementación del Control Interno, para el cumplimiento de dicha finalidad se plantearon dos (2) objetivos específicos, obteniendo las conclusiones que a continuación se describen:

Se evidencia que, el 35.1% Definitivamente no tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque; el 29.8% probablemente no tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque; además, el 25.5% no emite opinión sobre si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque, así mismo, el 6.4% probablemente si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque, finalmente, el 3.2% definitivamente si tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque.

Este resultado se compara con, **Campos, L (2014)**. Estrategia para el fortalecimiento del sistema de control interno en el Hospital William quien Concluye que:

En la entidad en estudio existen debilidades en el funcionamiento del Sistema de Control Interno, por lo que es propicio de realizar una mejor implementación del Sistema de Control Interno de manera correcta y su evaluación de manera continua acompañado además de ciertas aplicaciones para su mejora.

El hospital en estudio, carece de un ambiente favorable para el control interno y debido a ello no cuenta con un buen funcionamiento de los equipos de ética y valores institucionales, acompañado de mala planificación.

De la actividad de contraste respecto de los trabajos previo, teorías y resultados obtenidos, se coincide que es importante que los agentes que desarrollan el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque, interioricen el código de ética, visión, misión, valores en aras del fortalecimiento del conocimiento de la institución para establecer un ambiente favorable para la implementación del control interno, lo cual se alinea al marco delo modelo COSO concerniente al componente Ambiente de Control.

Del análisis realizado, se determina que el 51.1% desconoce respecto de la existencia del sistema de control interno; el 33.0% indica tener un conocimiento limitado del sistema de control interno; además, se evidencia el 5.3% se abstiene de omitir opinión referente a su conocimiento del sistema de control interno, finalmente el 10.6% refiere conocer acerca del sistema de control interno.

El resultado se compara con, **Campos, L (2014)**. Estrategia para el fortalecimiento del sistema de control interno en el Hospital William Allem Taylor de la caja Costarricense del seguro social, quien concluye que:

Los titulares subordinados no se encuentran sensibilizados sobre la importancia del control interno, haciendo que se ejecute de la norma exclusivamente por el cumplimiento a la norma.

Se valida que la posición de CAMPOS, L (2014) que sintoniza con los resultados obtenidos respecto de la importancia del conocimiento del control interno que debe tener el personal involucrado en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque, a fin de afianzar la implementación del mismo, y así disminuir la resistencia a la citada implementación, esto se condice con lo prescrito en el modelo COSO respecto al componente ambiente de control.

Del análisis realizado, se evidencia que el 9.6% no muestra predisposición alguna en recibir capacitación sobre gestión de riesgos, finalmente el 90.4% expresa un interés de receptividad respecto de capacitarse sobre el tema de gestión de riesgos.

El resultado se compara con, **Salazar, L (2014)**. El control interno: Herramienta indispensable para el fortalecimiento de las capacidades de la gerencia pública de hoy, Concluye lo siguiente:

El control Interno determina una visión de manera integral, donde se realiza la supervisión de la gestión pública, así mismo, se realiza el monitoreo del cumplimiento de las normas legales correspondientes. La finalidad del Control Interno es que los representantes de la Dirección, Gerencia y colaboradores de la entidad, realice acciones de control previo, simultaneo y posterior a sus actividades, haciendo de manera más eficiente el logro de los objetivos de la cada institución.

Se aceptan los resultados obtenidos, los cuales se apegan a lo enunciado por Salazar, L (2014), que manifiesta que el control interno debe realizar acciones de control previos, simultaneo y posterior, lo que se concatena con el marco COSO correspondiente al componente Evaluación de Riesgos

Igualmente, se determina que el 39.4% no realiza revisión alguna de manera periódica respecto a sus actividades y tareas con a fin de mejorarlas; así mismo, el 34.0% refiere que existe posibilidad de que no se realice revisión de sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas; además, el 21.3% se abstiene de omitir opinión respecto a la citada revisión de actividades y tareas, finalmente el 5.3% sentencia que si se revisa de manera periódica sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas.

El resultado se compara con, **Salazar, L (2014)**. El control interno: Herramienta indispensable para el fortalecimiento de las capacidades de la gerencia pública de hoy, Concluye lo siguiente:

La finalidad del Control Interno es que los representantes de la Dirección, Gerencia y colaboradores de la entidad, realice acciones de control previo, simultaneo y posterior a sus actividades, haciendo de manera más eficiente el logro de los objetivos de la cada institución.

“De la triangulación entre lo indicado por Salazar, L (2014.), los resultados obtenidos y el marco teórico COSO, referente al componente Actividades de Control, se consiente que coinciden en que se debe desarrollar puntos de control para obtener un robusto control interno que ayude a mitigar los riesgos que puedan ser identificados en el desarrollo de las actividades y tareas del proceso de consulta externa.

Del análisis realizado, se registra que el 51.1% concuerda que definitivamente no conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; el 23.4% concuerdan que probablemente no conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; además, el 10.6% no emite opinión sobre si se conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de

información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; así mismo, el 10.6% concuerda que probablemente si conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades; finalmente, el 5.3% definitivamente si conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades.

El resultado se compara con, **Francisco, C (2016)**. Evaluación del control interno para identificar las deficiencias sobre las operaciones en el área de tesorería de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, Concluye que:

En la entidad de su proyecto de investigación, el personal que labora en el área de tesorería desconoce las operaciones que se realizan en el área, las funciones se designan de manera verbal o asumidas por iniciativa personal y no cuentan con un manual de procedimientos mucho menos políticas de gestión documentaria para el área.

“De lo expuesto por Fransisco, C (2016) y los resultados obtenidos se concuerda que existen deficiencias respecto del suministro de la información, puesto que la información generada no se estructura de y se comunica por los canales adecuados, esto se armoniza con la importancia que tiene el control interno en el marco COSO respecto a su componente información y comunicación”.

Del análisis realizado, se registra que el 45.7% concuerda que definitivamente no se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; el 24.5% concuerdan que probablemente no se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; además, el 13.8% no emite opinión sobre si se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; así mismo, el

10.6% concuerda que probablemente si se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional; finalmente, el 5.3% definitivamente si se toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional.

El resultado se compara con, **Salazar, L (2014)**. El control interno: Herramienta indispensable para el fortalecimiento de las capacidades de la gerencia pública de hoy, Concluye lo siguiente:

La finalidad del Control Interno es que los representantes de la Dirección, Gerencia y colaboradores de la entidad, realice acciones de control previo, simultaneo y posterior a sus actividades, haciendo de manera más eficiente el logro de los objetivos de la cada institución.

“De lo explicado por Salazar, L (2014), y los resultados obtenidos se devela la importancia del componente de control interno Supervisión y Seguimiento en el marco del modelo COSO, actividad que permite generar el círculo virtuoso de la mejora continua”.

Los resultados obtenidos son reforzados con la adaptabilidad en la aplicación del modelo COSO 2013 que contiene cinco componentes (Ambiente de Control , Evaluación de Riesgos, Actividad de Control ,Información y comunicación, así como Actividades de Monitoreo) y estos su vez se condicen con su misión que prescribe "... Proporcionar liderazgo intelectual a través del desarrollo de marcos generales y orientaciones sobre la Gestión del Riesgo, Control Interno y Disuasión del Fraude, diseñado para mejorar el desempeño organizacional y reducir el alcance del fraude en las organizaciones".

V. CONCLUSIÓN

Se formuló la propuesta de control interno mediante un plan de capacitación de sensibilización para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Se Identificó el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque, evidenciándose un nivel limitado de conocimiento en Control Interno y Gestión de Riesgos, con respecto a la Admisión, Gestión de Historias Clínicas, Triage y Atención Médica.

Se diseñó una propuesta de control interno mediante un plan de capacitación de sensibilización sobre las dimensiones, ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control e Información y comunicación para la mejora en el proceso de Consulta Externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.

Se validó el plan de capacitación mediante jueces expertos para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuirá a la implementación del Control Interno.

VI. RECOMENDACIONES

La institución debe identificar cuál es la situación de sus procesos, tomando como referencia la presente investigación.

Adoptar el diseño del plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en determinado proceso, con la finalidad de contribuir con la implementación del Control Interno.

Aplicar el plan propuesto con la finalidad de mejorar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque, a partir de la sensibilización y

capacitación en control interno, constituyendo esta un pilar importante para que se concrete la implementación del de Control Interno.

El plan propuesto a la institución debe ser monitoreado por el comité de control interno del Hospital Regional Lambayeque

VII. PROPUESTA

PROPUESTA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN DE CONTROL INTERNO PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

1. INFORMACION GENERAL

- 1.1.1. Institución : Hospital regional de Lambayeque
- 1.1.2. Área : Unidad de Gestión al paciente
- 1.1.3. Propuesta : PLAN DE CAPACITACIÓN DE CONTROL INTERNO
PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA
- 1.1.4. Autores : Piscoya Labrin Abel Caleb
Santisteban Santamaria Edwin Asunción
- 1.1.5. Asesor : Dr. Luis Arturo Montenegro Camacho

FUNDAMENTACIÓN

El Plan de capacitación es un instrumento que define las prioridades, mecanismos y programas de promoción y acompañamiento que ejecutará en el Hospital Regional Lambayeque, el cual está dirigido al personal que participa en el proceso de consulta externa.

El Plan busca instrumentar un proceso de retroalimentación de las lecciones aprendidas en compartir conocimientos previos y los obtenidos de las actividades ejecutadas del citado plan el cual podrá identificar riesgos en el proceso de consulta externa, así como, la aplicación de medidas de control.

Las actividades consideradas en el Plan están orientadas a busca instalar y generar el desarrollo de conocimientos y habilidades relativas a la importancia y beneficios de la implementación del Control Interno.

En esa medida, el Plan busca promover el control interno en una primera etapa en el proceso de consulta externa, focalizando las intervenciones en el desarrollo de la gestión de riesgos.

2. PRESENTACIÓN

El Plan de capacitación se abocará a promover la implantación de una cultura de control interno en proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque e impulsar la valoración del control interno, como una herramienta importante de gestión que contribuye al logro de los objetivos institucionales, este plan se desprende de la necesidad evidenciada en los resultados del trabajo de investigación desarrollado en el citado Hospital.

Brindar sensibilización y capacitación a los actores más importantes para la implementación del Control Interno, así como de la Gestión de Riesgos de tal forma que se fortalezcan las competencias de los trabajadores involucrados en el proceso de consulta externa.

La capacitación debe contribuir a:

- Difundir la importancia del CI y la implementación de la Gestión en Riesgos para el logro de los objetivos institucionales.
- Promover el desarrollo de la gestión por procesos en las entidades del Estado.
- Impulsar la aplicación de medios y herramientas para la adecuada administración de riesgos y la para la implementación del SCI.
- Desarrollar habilidades y destrezas para efectuar una adecuada administración de Riesgos (identificación, análisis y evaluación, gestión de riesgos) en los procesos operativos.
- Dar cumplimiento a lo establecido en la normativa referida al CI.

- Fomentar la importancia de la mejora continua como parte del proceso de implementación del control interno.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA/ DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Jorge Alirio Charry -2013 define control interno “como un conjunto de normas, métodos y medidas coordinadas que adopta una organización con el propósito de salvaguardar sus recursos, propiciar información de toda clase en forma oportuna, adecuada y segura; promover la eficiencia operativa, el mejoramiento continuo y estimular la adhesión leal a las políticas prescritas por la dirección de la entidad”

En concordancia con lo dicho, INTOSAI define el concepto del control interno como “el conjunto de los planes, métodos, procedimientos y otras medidas, incluyendo la actitud de la dirección, para ofrecer una garantía razonable de que se han cumplido los objetivos generales siguientes:

1. Promover las operaciones metódicas, económicas, eficientes y eficaces y los productos y servicios de calidad, acorde con la misión que la institución debe cumplir.
2. Preservar los recursos frente a cualquier pérdida por despilfarro, abuso, mala gestión, errores, fraude e irregularidades.
3. Respetar las leyes, reglamentaciones y directivas de la dirección.
4. Elaborar y mantener datos financieros y de gestión fiables y presentarlos correctamente en los informes oportunos. Asimismo, con el fin de crear un marco conceptual del control interno que corresponda a los requisitos y que permite una unificación de criterios, se ha elaborado un documento por el “Committee of Sponsoring Organizations”

El concepto básico de control interno contenido en el informe COSO discurre por cinco componentes:

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Supervisión y seguimiento

El control interno visto como proceso este debe obedecer a una secuencia lógica de actividades interrelacionadas orientadas al logro de objetivos, aunado a que este debe estar alineado a la guía implementación del control interno, nuestra propuesta "Plan de capacitación de control interno para el proceso de consulta externa" se centra en la actividad de sensibilización como primer paso para que se viabilice la implementación de control interno en el Hospital Regional Lambayeque.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Impulsar el uso de herramientas y prácticas de Control Interno y Gestión de Riesgos en proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque para el logro de sus objetivos institucionales.
- Mejorar las capacidades del personal del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque para la promoción y evaluación del Control Interno.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar las capacidades del personal del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque para aplicar la Gestión de Riesgos.
- Desarrollar habilidades en el personal del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque para impulsar la implementación del Control Interno y la Gestión de Riesgos.
- Fortalecer las capacidades del personal directamente involucrado en la implementación del Control Interno.

- Sensibilizar al personal del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque sobre su rol activo en el proceso de implementación del SCI en la entidad.

5. JUSTIFICACIÓN:

El presente plan de capacitación en Control Interno, tiene asidero para su ejecución sobre base de los resultados obtenidos del trabajo de investigación denominado: “Control Interno para la mejora en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque-2018”

Se estima que a través de la ejecución del plan propuesto permita establecer una estrategia para la sentar las bases para la implementación del Control Interno y así mejorar los procesos de la consulta externa (admisión, gestión de historias clínicas, triaje y consulta médica), dejándola posibilidad de ser extensivo a otros procesos operativos del citado hospital.

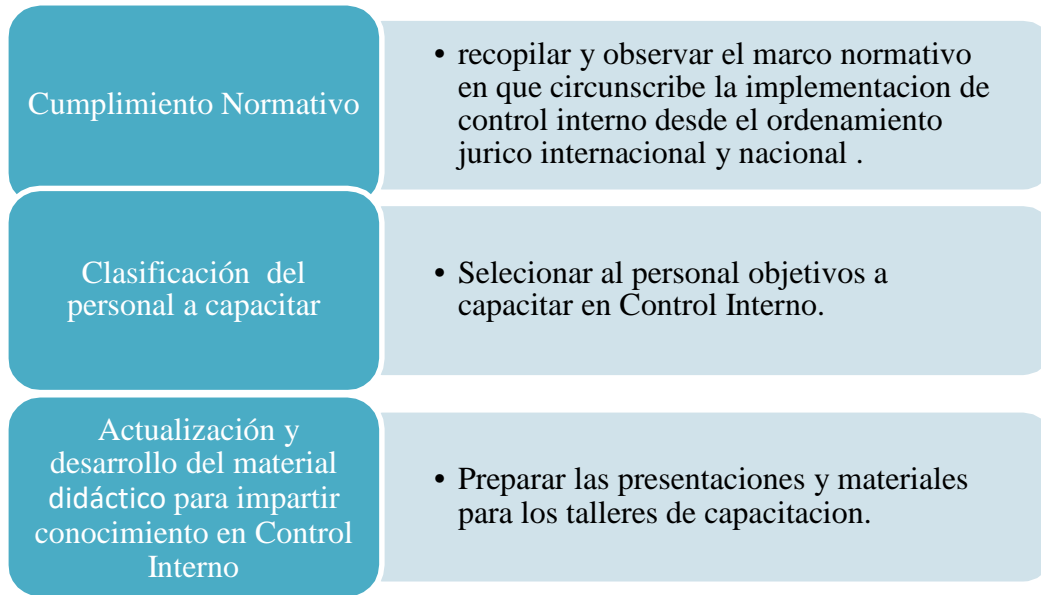
6. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. INTOSAI GOV 9100 – Guía para las normas de control interno del sector público- Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores.
2. INTOSAI GOV 9110 – Directrices referentes a los informes sobre la eficacia de los controles internos: Experiencias de las EFS en la implantación y la evaluación de los controles internos.
3. INTOSAI GOV 9130 – Guía para las Normas del Control Interno del Sector Público - Información adicional sobre la Administración de Riesgos de la Entidad.
4. La Ley N ° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República
5. La Ley N ° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
6. La Ley N ° 30372, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016
7. Modelo de control interno denominado “Control Interno – Marco Integrado” – COSO
8. “Guía para la Implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las entidades del estado” resolución de contraloría N° 004-2017-CG

7. ESTRUCTURA

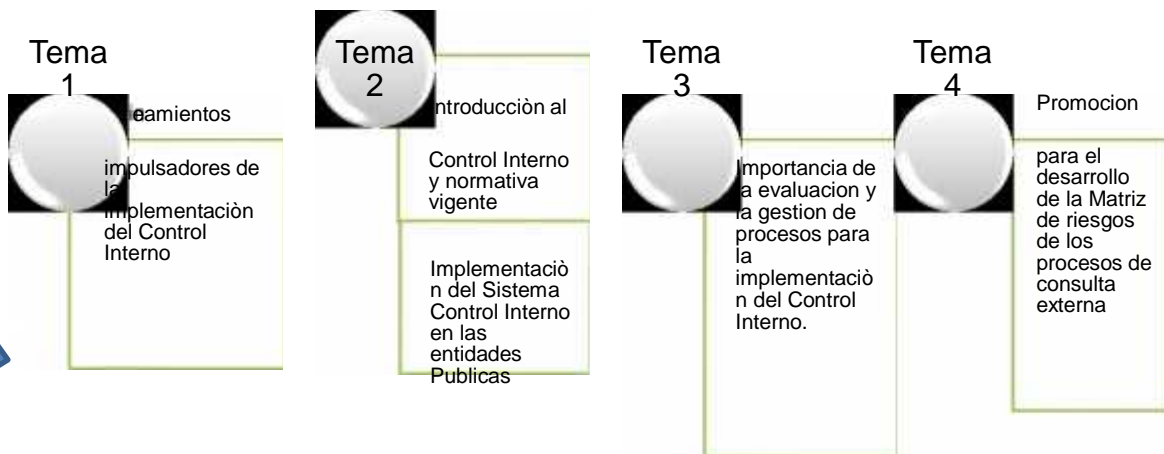
ACCIONES PREVIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS CAPACITACIONES

A efectos de cumplir con los objetivos establecidos en el presente plan de capacitación es importante se efectuó las siguientes acciones:



Fuente: Elaboración propia

TEMAS DE SENSIBILIZACIÓN, CAPACITACIÓN / ACOMPAÑAMIENTO



Fuente: Elaboración propia.

Capacitación, Sensibilización y Presentación de Herramientas de Gestión de Riesgos en procesos operativos

Para el desarrollo de esta actividad ha de tenerse en cuenta lo siguiente:

iii. Personal involucrado con el proceso de consulta externa.

En una primera etapa se priorizará la sensibilización, capacitación y presentación de las Herramientas de Gestión de Riesgos a todo el personal de que labora directamente en el proceso en la consulta externa, esta actividad servirá para ir mejorando las herramientas que posteriormente serán puestas a disposición de todos los procesos priorizados del Hospital Regional Lambayeque.

iv. Personal que no están enmarcados en el proceso de consulta externa.

La capacitación a este tipo de personal no tendrá diferencia alguna con respecto a otros procesos operativos del Hospital Regional Lambayeque. No obstante, la intervención prevista es de menor intensidad.

El proceso de capacitación se efectuará teniendo en cuenta el siguiente

- a. Eventos de Capacitación para Personal del proceso de consulta externa.
- b. Asistencia Técnica y Acompañamiento de la evaluación de Riesgos para la implementación del control interno.

8. ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE – TALLERES

TALLERES DE CAPACITACIÓN EN CONTROL INTERNO								
N°	Proceso	Personal a capacitar por proceso	abr-19	may-19	jun-19	jul-19	ago-19	sep-19
Grupo 1	Admisión	21	2 eventos					
Grupo 2	Gestión de Historias Clínicas	11		1 evento				
Grupo 3	Triaje	41			2 eventos			
Grupo 4	Atención Medica	21				2 eventos		
Total de Capacitados		94					Evaluación de los talleres	Taller de retroalimentación

Fuente: Elaboración propia.

RECURSOS HUMANOS DEL PROGRAMA

Promotores y asistentes:

Coordinador

(jefe del proceso de la consulta externa)

Políticas y regulación (normatividad y marco conceptual del control interno)

Especialista en control interno

Promoción y desarrollo del control interno

Jefes de procesos que conforman el macro proceso de consulta externa (admisión, gestión de historias clínicas, triaje y atención médica)

Evaluación del control interno

Especialista en control interno

10. PRESUPUESTO POR ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	N °	COSTO S/.	TOTAL
Taller de Capacitación en Control Interno en Admisión	2	1,000.00	2,000.00
Taller de Capacitación en Control Interno en Gestión de Historias Clínicas	1	1,000.00	1,000.00
Taller de Capacitación en Control Interno en Triage	2	1,000.00	2,000.00
Taller de Capacitación en Control Interno en Atención Médica	2	1,000.00	2,000.00
Evaluación de los Talleres	1	1,000.00	1,000.00
Taller de Retroalimentación	1	1,000.00	1,000.00
TOTAL			9,000.00

9. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

La evaluación del plan de capacitación será realizada por Especialista en Control Interno mediante la heteroevaluación, considerando su no vinculación con el proceso a mejorar en favor de la implementación del Control Interno en el Hospital Regional Lambayeque.

10. ANEXOS

10.1 OFICIO DE INVITACIÓN A TALLER AL PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA

(.....), XX de XXX de 20XX

OFICIO N° (.....)

Señor(a)
Presente. -

Asunto: Invitación al evento “Importancia de la Implementación del control interno y la gestión de riesgos en el proceso de consulta externa”.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que con fecha 6 de diciembre del 2015 se aprobó la Ley 30372, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016, mediante la cual se dispuso la obligación de todas las entidades del Estado de los tres niveles de gobierno en el marco de la Ley 28716, de implementar el Sistema de Control Interno (SCI) en un plazo máximo de treinta y seis (36) meses, contados a partir de la vigencia de dicha Ley, en su quincuagésima tercera disposición complementaria final.

Al respecto, la jefatura de consulta externa, con la finalidad de promover la implementación del Sistema de Control Interno en las entidades públicas. En este caso, se está organizando talleres de sensibilización sobre la importancia de la Implementación del Control Interno.

Los talleres están dirigidos al personal involucrado en el proceso de consulta externa. Los talleres se realizarán el día (..... de.....) en el turno (**mañana / tarde**), en el horario de (**08:30 a 13:00 horas / 14:00 a 18:00 horas**) en el local sito en (.....).

Finalmente, solicitarle se confirme la participación como asistente enviándonos sus nombres completos, cargos, número de DNI y correo electrónico con una anticipación no menos a 3 días del evento.

Cualquier consulta sobre el particular, podrá realizarla con el Sr. (.....), coordinador del taller (.....), al correo (.....), y al n° telefónico (.....).

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresar a usted mi mayor consideración y estima.

Atentamente,

(.....)
Coordinador de la Unidad de Gestión del Paciente

VIII. REFERENCIAS

- ORTIZ, M y FELIZZOLA, H (2015) “Diagnóstico de problemáticas asistenciales en clínicas y hospitales de Barranquilla”. Revista de la salud Pública ISSN 0124-0064, Barranquilla, Colombia.
- CRESPO. B & SUÁREZ (2014) “Elaboración e Implementación de un Sistema de Control Interno, caso “Multitecnos S.A.” de la ciudad de Guayaquil para el periodo 2012- 2013”, Tesis ULVRG , Guayaquil, Ecuador.
- CAMPOS.L (2014) “Estrategia para el fortalecimiento del Sistema de control interno en el Hospital William Allen Taylor de la Caja Costarricense del Seguro Social.”. Tesis ICAP, San José Costa Rica.
- SALAZAR. L (2014) “El Control Interno: Herramienta Indispensable Para el Fortalecimiento De Las Capacidades De La Gerencia Pública De Hoy”. Tesis PUC, Lima, Perú.
- CHANCAFE. S (2016) “Evaluación Del Control Interno Para Identificar Las Deficiencias Sobre Las Operaciones En El Área De Tesorería De La Gerencia Regional De Salud Lambayeque” Tesis USAT, Chiclayo, Perú.
- ATAUCUSI. L & Valladolid N (2012) “El sistema de control interno basado en el informe COSO permitirá la optimización de la gestión en la Empresa Gemens Business CO SA”, Tesis UNCP, Huancayo, Perú.
- CAMPOS, C. (2009). Los procesos de control en el departamento de ejecución presupuestal de una institución del estado. Lima: UNMSM.
- ESTUPIÑAN. R (2006), Control Interno y fraudes con base los ciclos transaccionales: Análisis del Informe COSO I y II; 2ª. Edición, ECOE Ediciones, Bogotá, Colombia.

GÓMEZ, J., (1968), “El control interno en los negocios”, Ed., Fondo de Cultura Económica, 6ª ed., México.

TAMAYO & TAMAYO (1997). Población y muestra <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2011/06/poblacion-y-muestra-tamayo-y-tamayo.html>

COMMITTEE OF SPONSORSING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION <https://www.coso.org/Pages/aboutus.aspx>

Ministerio de Salud (2016) “Administrativa N° 207-MINSA/DGSP-V.01”, 29 de mayo del 2015.

Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016. Ley N° 30372, 6 de diciembre del 2015.

ANEXOS 01

Anexo 1: Instrumento de encuesta al colaborador en el proceso de consulta externa

Área en la que labora (Marcar con X):

ADMISIÓN		GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS		TRIAJE		ATENCIÓN MÉDICA	
----------	--	-------------------------------	--	--------	--	-----------------	--

Fecha: _____

Lugar: HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

INSTRUCCIONES: El objetivo de la presente herramienta es captar información relevante asociada al tema de control interno para optimizar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018; por lo que se le solicita responda a las interrogantes planteadas y tenga bien seleccionar una de las alternativas según considere, marcando para tal fin con un aspa (x) la opción elegida, recuerde que está encuesta es de carácter **anónimo**, por lo que se agradece su cooperación.

N°	PREGUNTA	Definitiva mente no	Probable mente no	No opina	Probable mente si	Definitiva mente si
1	¿Cómo colaborador del servicio de consulta externa tiene conocimiento respecto del código de ética, visión, misión y valores del Hospital Regional Lambayeque? (AC)	1	2	3	4	5
2	¿El servicio de consulta externa realiza un programa de inducción al personal relacionado con el puesto al que ingresa? (AC)	1	2	3	4	5
3	¿Está usted a gusto donde labora actualmente? (AC)	1	2	3	4	5
4	¿En el servicio de la consulta externa, sus superiores se aseguran que los trabajadores conozcan los documentos normativos que regulan las actividades que desarrollan? (AC)	1	2	3	4	5
5	¿Cómo colaborador del	1	2	3	4	5

	servicio de consulta externa conoce acerca del sistema de control interno? (AC)					
6	¿Cómo colaborador del servicio de consulta externa ha recibido capacitación sobre control interno? (AC)	1	2	3	4	5
7	¿Usted como colaborador del servicio de consulta externa está interesado en recibir capacitación sobre control interno? (AC)	1	2	3	4	5
8	¿Usted como colaborador del servicio de consulta externa está interesado en recibir capacitación sobre gestión de riesgos? (ER)	1	2	3	4	5
9	¿En el servicio de consulta externa se gestiona el uso de tecnologías de información? (A.CTRL)	1	2	3	4	5
10	¿Cómo colaborador del servicio de consulta externa revisa periódicamente sus actividades y tareas con el fin de mejorarlas? (A.CTRL)	1	2	3	4	5
11	¿El servicio de consulta externa cuenta con un plan de mejora? (A.CTRL)	1	2	3	4	5
12	¿Como colaborador del servicio de consulta externa conoce si se han establecido indicadores de desempeño para el proceso, actividades y tareas? (A.CTRL)	1	2	3	4	5
13	¿Cómo colaborador del servicio de consulta externa realiza algún tipo de registro de información sea manual, en sistema o ambas? (IC)	1	2	3	4	5
14	¿Cree usted que el registro de la información es accesible y útil para desarrollo de sus actividades? (IC)	1	2	3	4	5
15	¿Usted como colaborador	1	2	3	4	5

	del servicio de consulta externa conoce sobre los procedimientos que garantizan el adecuado suministro de información para el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades? (IC)					
16	¿Como colaborador del servicio de consulta externa conoce de la existencia del libro de reclamaciones? (IC)	1	2	3	4	5
17	¿Como colaborador del servicio de consulta externa toma conocimiento sobre los informes la evaluación del Plan Estratégico Institucional y Plan Operativo Institucional? (SUP)	1	2	3	4	5

ANEXO 02

TÍTULO: VALIDACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN DE CONTROL INTERNO PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

INDICACIONES. Señor Especialista se pide su colaboración para luego de un riguroso análisis de los indicadores del modelo, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación. Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 puntos.

1 = Muy malo	2 = Malo	3 = Regular	4 = Bueno	5 = Muy bueno
--------------	----------	-------------	-----------	---------------

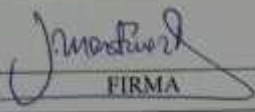
INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
1. Fundamenta el Control Interno y la resolución del problema de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
2. El Plan responde a las bases teóricas de la investigación	1	2	3	4	X	
3. El Plan describe los procesos del control interno de manera coherente.	1	2	3	X	5	
Objetivo						
4. El Plan mejorará el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque	1	2	3	X	5	
5. Plantea propósitos claros y definidos a lograr.	1	2	3	X	5	
Contenidos						
6. el Plan se desarrollará de manera clara y precisa.	1	2	3	X	5	
7. Plantea actividades que guarda relación con cada dimensión de la consulta externa	1	2	3	4	X	
8. Contiene principios rectores que fundamentan las variables de estudio.	1	2	3	X	5	
9. Contiene actividades pertinentes para mejorar la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
10. Contiene una variedad de talleres de capacitación vivenciales teórico práctico	1	2	3	X	5	
11. Plantea actividades que responden a las características de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
12. Plantea actividades prácticas que responden a situaciones reales del contexto.	1	2	3	4	X	
Calidad Técnica						
13. Detalla información como: descripción, objetivos, duración, forma de aplicación.	1	2	3	X	5	
14. Coherencia interna entre elementos y componentes del Plan y con los objetivos.	1	2	3	X	5	
15. Existe coherencia entre el Plan y el objetivo de la investigación.	1	2	3	X	5	
INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN						
Viabilidad						
Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno		
16. El Plan por su carácter práctico puede ser aplicado para cualquier proceso operativo del Hospital Regional	1	2	3	X	5	

INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
Lambayeque						
37. Las actividades que plantea son fáciles de realizar y requieren de materiales sencillos.	1	2	3	X	5	
38. La secuencia de las actividades programadas resulta coherente.	1	2	3	X	5	
Metodología						
39. La estrategia del plan es apropiado para lograr el objetivo de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
Evaluación						
40. El Plan describe su forma de evaluación y responde a los indicadores y resultados.	1	2	3	X	5	
Puntaje Parcial.						
PUNTAJE TOTAL.						

ESCALA DE VALORACIÓN GENERAL SEGÚN CATEGORÍAS:

Muy Malo 1 - 20	Malo 21 - 40	Regular 41 - 60	Bueno 61 - 80	Muy Bueno 81 - 100
El modelo no es aplicable		Subsanar observaciones.	Aplicable según las sugerencias	Es aplicable
RESULTADO DE LA VALIDACIÓN		Puntaje: 80	El modelo es:	Bueno

OBSERVACIONES _____

Nombres y Apellidos	Jenny Isabel Martínez Valencia	 FIRMA
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Gestión Pública	
Cargo / Función	Responsable de Adquisiciones	
		Nº D.N.I: 02893556

Fecha: Junio del 2018

TÍTULO: VALIDACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN DE CONTROL INTERNO PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

INDICACIONES. Señor Especialista se pide su colaboración para luego de un riguroso análisis de los indicadores del modelo, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación. Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 puntos.

1 = Muy malo	2 = Malo	3 = Regular	4 = Bueno	5 = Muy bueno
--------------	----------	-------------	-----------	---------------


INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
1. Fundamenta el Control Interno y la resolución del problema de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
2. El Plan responde a las bases teóricas de la investigación.	1	2	3	4	X	
3. El Plan describe los procesos del control interno de manera coherente.	1	2	3	X	5	
Objetivo						
4. El Plan mejorará el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
5. Plantea propósitos claros y definidos a lograr.	1	2	3	X	5	
Contenidos						
6. el Plan se desarrollará de manera clara y precisa.	1	2	3	X	5	
7. Plantea actividades que guarda relación con cada dimensión de la consulta externa.	1	2	3	4	X	
8. Contiene principios rectores que fundamentan las variables de estudio.	1	2	3	X	5	
9. Contiene actividades pertinentes para mejorar la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
10. Contiene una variedad de talleres de capacitación vivenciales teórico práctico.	1	2	3	X	5	
11. Plantea actividades que responden a las características de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
12. Plantea actividades prácticas que responden a situaciones reales del contexto.	1	2	3	4	X	
Calidad Técnica						
13. Detalla información como: descripción, objetivos, duración, forma de aplicación.	1	2	3	X	5	
14. Coherencia interna entre elementos y componentes del Plan y con los objetivos.	1	2	3	X	5	
15. Existe coherencia entre el Plan y el objetivo de la investigación.	1	2	3	X	5	
INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
Viabilidad	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
16. El Plan por su carácter práctico puede ser aplicado para cualquier proceso operativo del Hospital Regional.	1	2	3	X	5	

INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
Lambayeque.						
17. Las actividades que plantea son fáciles de realizar y requieren de materiales sencillos.	1	2	3	4	5	
18. La secuencia de las actividades programadas resulta coherente.	1	2	3	4	5	
Metadología						
19. La estrategia del plan es apropiada para lograr el objetivo de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	4	5	
Evaluación						
20. El Plan describe su forma de evaluación y responde a los indicadores y resultados.	1	2	3	4	5	
Puntaje Parcial.						
PUNTAJE TOTAL.						

ESCALA DE VALORACIÓN GENERAL SEGÚN CATEGORÍAS:

Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
1 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100
El modelo no es aplicable		Subsanar observaciones	Aplicable según las sugerencias	Es aplicable
RESULTADO DE LA VALIDACIÓN		Puntaje: 84	El modelo es:	Muy Bueno

OBSERVACIONES _____

Nombres y Apellidos	Carla Cecilia Chafloque Farfán	
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Gestión Pública	FIRMA
Cargo / Función	Responsable de Presupuestos	N° D.N.I: 46883927

Fecha: Junio del 2018

TÍTULO: VALIDACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN DE CONTROL INTERNO PARA EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

INDICACIONES. Señor Especialista se pide su colaboración para luego de un riguroso análisis de los indicadores del modelo, marque con un aspa (X) en el casillero de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, estableciendo si cuenta o no con los requisitos mínimos de formulación para su aplicación. Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 puntos.

1= Muy malo	2 = Malo	3 = Regular	4 = Bueno	5 = Muy bueno
-------------	----------	-------------	-----------	---------------


INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
1. Fundamenta el Control Interno y la resolución del problema de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
2. El Plan responde a las bases teóricas de la investigación	1	2	3	X	5	
3. El Plan describe los procesos del control interno de manera coherente.	1	2	3	X	5	
Objetivo						
4. El Plan mejorará el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque	1	2	3	4	X	
5. Plantea propósitos claros y definidos a lograr.	1	2	3	4	X	
Contenidos						
6. El Plan se desarrollará de manera clara y precisa.	1	2	3	X	5	
7. Plantea actividades que guarda relación con cada fase de la consulta externa	1	2	3	X	5	
8. Contiene principios rectores que fundamentan las variables de estudio.	1	2	3	X	5	
9. Contiene actividades pertinentes para mejorar la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	4	X	
10. Contiene una variedad de métodos de capacitación vivenciales teórico práctico	1	2	3	4	X	
11. Plantea actividades que responde a las características de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
12. Plantea actividades prácticas que responde a situaciones reales del momento.	1	2	3	X	5	
Calidad Técnica.						
13. Detalla información como: descripción, objetivos, duración, forma de aplicación.	1	2	3	4	X	
14. Coherencia interna entre elementos y componentes del Plan y con los objetivos	1	2	3	4	X	
15. Existe coherencia entre el Plan y el objetivo de la investigación.	1	2	3	4	X	
INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACION					Observaciones.
Viabilidad						
16. El Plan por su carácter práctico puede ser aplicado para cualquier proceso operativo del Hospital Regional	1	2	3	4	X	

INDICADORES DE CALIDAD DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	VALORACIÓN					Observaciones.
	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Base teórica						
Lambayeque.						
17. Las actividades que plantea son fáciles de realizar y requieren de materiales sencillos.	1	2	3	X	5	
18. La coherencia de las actividades programadas resulta coherente.	1	2	3	X	5	
Metodología						
19. La estrategia del plan es apropiado para lograr el objetivo de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.	1	2	3	X	5	
Evaluación						
20. El Plan describe su forma de evaluación y responde a los indicadores y resultados.	1	2	3	X	5	
Puntaje Parcial.						
PUNTAJE TOTAL.						

ESCALA DE VALORACIÓN GENERAL SEGUN CATEGORÍAS:

Muy Malo 1 - 20	Malo 21 - 40	Regular 41 - 60	Bueno 61 - 80	Muy Bueno 81 - 100
El modelo no es aplicable		Subsanar observaciones	Aplicable según las sugerencias	Es aplicable
RESULTADO DE LA VALIDACIÓN		Puntaje: 88	El modelo es:	Es aplicable

OBSERVACIONES

Nombres y Apellidos	Wilhelm Bustamante Coronel	 FIRMA
Grado Académico	Magister	
Especialidad	Administración Estratégica de Empresas	
Cargo / Función	Docente Universitario	

Fecha: Junio del 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

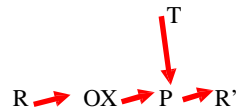
Yo,; Identificada (o) con DNI:
..... Acepto participar voluntariamente en la investigación: “Control interno para mejorar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018”, cuyo objetivo es identificar cual es la actitud de los enfermeros, frente al registro de eventos adversos. La investigación la desarrollan los Br. Piscoya Labrin Abel Caleb y Br. Santisteban Santamaria Edwin Asunción.

Admito que recibí explicación sobre el estudio y he comprendido que la información que brinde es estrictamente confidencial y los datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a las normativas de protección de la información. Además, me han informado que puedo hacer preguntas en cualquier momento del desarrollo del Test y retirarme también del estudio sin dar explicación alguna.

Por tanto, declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente y por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación.

ANEXO 04

CONTROL INTENO PARA LA MEJORA EN EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – 2018

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿El control interno mejorará el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018?	OBJ. GENERAL: Proponer un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrollan las actividades en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018, que contribuya a la implementación del Control Interno.	Ha: La propuesta de control interno mejorará el proceso de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.	V.I: CONTROL INTERNO.	El control interno es un proceso llevado a cabo por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de la entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos relacionado con las operaciones, la información y el cumplimiento (COSO 2013)	Ambiente de Control Evaluación de Riesgos Actividades de Control	Conocimiento de la estructura organizacional Valoración del conocimiento en gestión de riesgos Valoración del conocimiento en actividades de control	 <p>Donde: R: Realidad observada. Realidad actual del proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque. OX: Análisis de la realidad. Diagnóstico de la problemática respecto al proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque. P: Propuesta. Propuesta del control interno para optimizar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque. T: Teoría que fundamenta la propuesta. R': Realidad que se espera alcanzar. Mejorar en terminos de eficiencia el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque.</p>
	OBJ.ESPECÍFICO: - Identificar el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.	Ho: La propuesta de control interno no mejorará el proceso de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque 2018.			Información y Comunicación	Niveles de información para el desarrollo de sus actividades	
	- Diseñar un plan de capacitación para la sensibilización al personal que desarrolla las actividades en el	Regional Lambayeque 2018.		V.D: PROCESO DE	Supervisión y Seguimiento	Efectividad de los controles a las actividades	
	proceso de consulta externa del Hospital			CONSULTA EXTERNA	Admisión Gestión de Historias Clínicas	Número de citas otorgadas Número de historias clínicas sin incidencias	

Regional
Lambayeque 2018,
que contribuya a la
implementación del
control interno.

- Valida el plan de
capacitación
mediante jueces
expertos para la
sensibilización al
personal que
desarrollan las
actividades en el
proceso de consulta
externa del Hospital
Regional
Lambayeque 2018.

ambulatoria a
usuarios que no están
en la condición de
urgencia y/o
emergencia
(Directiva
Administrativa N°
207-MINSA/DGSP-
V.01)

Triaje

Número de atenciones

Atención Médica

Número de
prestaciones
efectivizadas

ANEXO 05



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE PRESIDENCIA REGIONAL

RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL

N° 088 -2017-GR.LAMB/PR

Chiclayo, 24 MAR. 2017

VISTOS:

La Resolución Ejecutiva Regional N° 059-2017 GR.LAMB/PR; la Resolución Ejecutiva Regional N° 215-2016 GR.LAMB/PR; la Resolución de Contraloría N° 004-2017-CG que aprueba la Nueva Guía para la Implementación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno en las Entidades del Estado; el Informe N.º 004-2017 GR.LAMB/ORTLC; y

CONSIDERANDO:

Que, nuestra Entidad Regional, dentro de su compromiso sostenido con la gestión del Control en el sector público, desarrolla una importante actividad sigilente a la implantación del Sistema de Control Interno; encontrándose en la fase de generación y acreditación del mejor ambiente propicio para este fin; y para lo cual ha aplicado una línea coherente de desarrollo de capacidades.

Que esta propuesta ha comprometido el apoyo de la Contraloría General de la República; de la Autoridad Nacional del Servicio Civil y de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros; entidades rectoras de los diversos sistemas administrativos nacionales que han prestado su apoyo a este proceso, tan igual como entidades cooperantes internacionales que habilitaron el inicio y continuidad del mismo y que al cumplimiento de su meta, permitirá contar con servidores públicos debidamente fortalecidos en la prevención de riesgos y la mejora continua, tomando como base el conocimiento y la responsabilidad.

Que, el proceso mencionado ha cumplido ya su primera etapa y acorde a los considerandos de la Resolución Ejecutiva Regional N.º 059-2017 GR.LAMB/PR, es necesario articular con nuevas unidades orgánicas que no fueron incluidas en la primera fase; para lo cual se ha autorizado al Presidente Ejecutivo del Comité Estratégico de la Entidad realizar una evaluación y presentar nuevas propuestas para la segunda etapa; lo cual se ha cumplido a través del Informe N.º 004 -2017 GR.LAMB/ORTLC.

Que, en el Primer Diagnóstico Específico preparado en el año 2016, por el Equipo Técnico de Control Interno, que fuera designado mediante la Resolución Ejecutiva Regional N.º 215-2016 GR.LAMB/PR se priorizó el Proceso de Atención al Ciudadano; encontrando coincidencia con la decisión de la más alta autoridad del Estado Nacional que determinó la denominación del presente 2017 como: AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO,

Que, en la segunda fase del desarrollo del Sistema de Control Interno, se atenderá especialmente a la formación de capacidades de los servidores que tienen comunicación directa con la ciudadanía por su encargo designado o funcional dentro de la Entidad Regional.

Por tanto, en uso de las facultades conferidas por la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales aprobada por Ley N° 27867 y sus modificatorias, concordante con el Reglamento Actualizado de Organización y Funciones del Gobierno Regional Lambayeque actualizado por la Ordenanza Regional N° 024-2015 GR.LAMB; y contando con el visto de la Oficina Regional de Asesoría Jurídica

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- ACTUALIZAR, la conformación del Equipo Técnico de Apoyo a la Implementación del Sistema de Control Interno ECI-Lambayeque, el mismo que estará integrado para su segunda etapa y a partir de la fecha por:



POR GERENCIA REGIONAL DE AGRICULTURA

IPANAQUE ESQUIVEL, KARINA MAGALY
MEJIA UGAZ, HILDA CAROLINA DE LOURDES

POR GERENCIA REGIONAL DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES

DIAZ PIZARRO, TERESA
ROJAS TORO, KARIM EMILIA

POR GERENCIA REGIONAL DE EDUCACION

CASTAÑEDA SALAZAR, LUZ GRISELDA
SANCHEZ SILVA, DORIS RAQUEL

POR UGEL LAMBAYEQUE

MONTALVAN TABOADA SOFIA

POR UGEL CHICLAYO

ABANTO CARRIÓN, ELIANA DEL CARMEN
BALLENÁ DIAZ, JOSÉ GUILLERMO

POR UGEL FERREÑAFE

HUAMAN TENDRIO TANIA LORENA

POR GERENCIA REGIONAL DE SALUD

ESTELA ELERA, ROSARIO DE FATIMA
BURGOS MONTALVO, DIDICIDALIA
UYACU ZARATE, ADALBERTO

POR HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE

DIAZ SIPÓN, CARLOS WILSON
RAMOS DELGADO, CAROLINA DE FATIMA
SANTISTEBAN SANTAMARIA EDWIN ASUNCIÓN

POR HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO

PIÑIN PINTADO, GLADYS

POR HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

MARTÍNEZ CORTEZ, WALTER TORIBO

POR GERENCIA REGIONAL DE COMERCIO EXTERIOR Y TURISMO

RODAS BALAREZO, JORGE DESIDERIO

POR GERENCIA REGIONAL DE TRABAJO Y PROMOCION DEL EMPLEO

SIPÓN NEVADO, JOSE ALBERTO

POR GERENCIA EJECUTIVA DE VIVIENDA Y SANEAMIENTO

MARTINEZ JIMÉNEZ, SANDOR LENIN

POR GERENCIA EJECUTIVA DE ENERGÍA Y MINAS

EXERIO CARRERA ISABEL LUCIA



POR PROYECTO ESPECIAL OLMOS TINAJONES

LÁZARO PANTA, JUAN ANTONIO
REGALADO URIARTE YOLANDA EMERITA

POR AUTORIDAD PORTUARIA REGIONAL

CARRASCO CHAVEZ, MARCO ANTONIO

POR COLEGIO MILITAR ELIAS AGUIRRE

ELESPURU SAAVEDRA, MARIA DEL SOCORRO
GARCIA RECO, WALTER

POR SEDE CENTRAL Y OTRAS GERENCIAS

ALJOBIN TEJADA, MARIA ELSA MERCEDES DE FÁTIMA
ARCE REYES, ANA MARGOT
CERCADO MERINO, LUIS ALBERTO
LUCERO GUEVARA, LUCIA DE LOURDES
MELENDEZ MALATESTA, ROSA IVONNE
MENDOZA WONG, ANDRES ARTURO
MORI ALBURQUERQUE, MARISOL
SEMMARIO ENRIQUEZ, DIANA MAYRA
VALQUIN TAPIA, JUDITH MARIA

ARTICULO SEGUNDO.- - RATIFICAR el encargo al Abogado Elías Daniel Pinglo Risco, presidente ejecutivo del Comité Estratégico de la Entidad, para la coordinación general y las responsabilidades de promoción, formación y evaluación del Equipo Técnico de Apoyo a la Implementación del Sistema de Control Interno-ECI LAMBAYEQUE ante los entes rectores de los Sistemas Administrativos y Funcionales del Estado Peruano.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que todas las dependencias de la Entidad Regional, actuando como unidades ejecutoras o rindentes, garanticen el apoyo necesario al Equipo Técnico de Control Interno del Gobierno Regional de Lambayeque, para lograr el éxito en la segunda etapa del proceso de formación, habilitando la siguiente etapa de su implementación conforme a las normas vigentes.

ARTICULO CUARTO.- NOTIFICAR la presente Resolución a los designados y a Oficina Regional de la Contraloría General de la República, publicándose además en el portal Institucional www.regionlambayeque.gob.pe, para los efectos de lo dispuesto en el Artículo 5º de la Ley Nº 29091.

ARTICULO SEXTO.- DEJAR SIN EFECTO, a partir de la fecha, toda norma que se oponga a la presente.

REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE

Ing° Humberto Acuña Peralta
GOBERNADOR REGIONAL





**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F06-PP-FR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 2 de 2

Yo **ABEL CALEB PISCOYA LABRIN**, identificado con DNI N° 40862613, egresado de la Escuela Profesional de **POST GRADO** de la Universidad César Vallejo, autorizo (X), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "**Control interno para la mejora en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque - 2018**"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



FIRMA

DNI: 40862613

FECHA: 15 de setiembre del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F06-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 2

Yo **EDWIN ASUNCIÓN SANTISTEBAN SANTAMARÍA**, identificado con DNI N° 43893515, egresado de la Escuela Profesional de **POST GRADO** de la Universidad César Vallejo, autorizo No autorizo la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **"Control interno para la mejora en el proceso de consulta externa del Hospital Regional Lambayeque - 2018"**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



FIRMA

DNI: 43893515

FECHA: 15 de setiembre del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	--------------------------------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Solo para los que quieren salir adelante

ACTA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **LUIS ARTURO MONTENEGRO CAMACHO**, Asesor de curso Diseño y Desarrollo del Trabajo de Investigación y revisor de la tesis de los maestrantes, Br. Santisteban Santamaria Edwin Asunción, Br. Piscoya Labrin Abel Caleb; titulada: **CONTROL INTERNO PARA LA MEJORA EN EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2018**, constato que la misma tiene un índice de similitud de 22% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 08 de agosto del 2018

Dr. LUIS ARTURO MONTENEGRO CAMACHO

DNI N° 16641200