



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EL CONTROL SIMULTÁNEO Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE LA
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA, AÑOS 2017-2020

Línea de investigación:

Herramientas informáticas para una gestión eficiente y transparente

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Auditoría Integral

Autora:

Martensen Guillen, Grethel Grace

Asesor:

Nieto Modesto, David Abel
(ORCID: 0000-0003-4434-1037)

Jurado:

Antón De Los Santos, Pedro Juan

Riveros Cuellar, Alipio

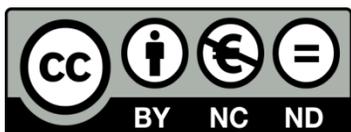
Moreno Lopez, Wilder Emilio

Lima - Perú

2022

Referencia:

Martensen, G. (2022). *El control simultáneo y su incidencia en la calidad de la prestación de los servicios asistenciales del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, años 2017-2020*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6138>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EL CONTROL SIMULTÁNEO Y SU INCIDENCIA EN LA
CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA, AÑOS 2017-2020

Línea de Investigación:

Herramientas informáticas para una gestión eficiente y transparente

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Auditoría Integral

Autora

Martensen Guillen, Grethel Grace

Asesor

Nieto Modesto, David Abel
(ORCID: 0000-0003-4434-1037)

Jurado

Antón De Los Santos Pedro Juan
Riveros Cuellar Alipio
Moreno Lopez Wilder Emilio

Lima – Perú

2022

Índice general

Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Descripción del problema.....	2
1.3. Formulación del problema.....	7
1.3.1. Problema general.....	7
1.3.2. Problemas específicos.....	8
1.4. Antecedentes.....	8
1.5. Justificación de la investigación.....	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	16
1.7. Objetivos.....	16
1.7.1. Objetivo general.....	16
1.7.2. Objetivos específicos.....	17
1.8. Hipótesis.....	17
1.8.1. Hipótesis general.....	17
1.8.2. Hipótesis específicas.....	17
II. Marco teórico.....	19
2.1. Marco conceptual.....	19
III. Método.....	52
3.1. Tipo de investigación.....	52
3.2. Población y muestra.....	52
3.3. Operacionalización de variables.....	53
3.4. Instrumentos.....	56
3.5. Procedimientos.....	56
3.6. Análisis de datos.....	56
IV. Resultados.....	57
V. Discusión de resultados.....	77
VI. Conclusiones.....	78
VII. Recomendaciones.....	79
VIII. Referencias.....	80

IX. Anexos 85

Índice de tablas

Tabla 1. Reclamos formulados por los usuarios	3
Tabla 2. Informes de servicio de control simultáneo	7
Tabla 3. Operacionalización de la variable independiente	54
Tabla 4. Operacionalización de la variable dependiente	55
Tabla 5. Servicios de control simultáneo realizado por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial	57
Tabla 6. Hechos identificados que vulneran la normativa, disposiciones internas u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad.....	58
Tabla 7. El personal de OCI ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad, referido a la prestación de servicios asistenciales	59
Tabla 8. Entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias.....	60
Tabla 9. El personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad.	61
Tabla 10. Personal del OCI, realiza una recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la realización de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales.....	62
Tabla 11. Emisión de resultados del servicio de control simultáneo, oportunos.....	64
Tabla 12. Percepción del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden.....	65
Tabla 13. Nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta	66
Tabla 14. Se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL	67
Tabla 15. Prestación del servicio asistencial en el HNAL.....	68
Tabla 16. Prueba estadística de correlación.....	70
Tabla 17. Prueba estadística de correlación.....	72
Tabla 18. Prueba estadística de correlación.....	74
Tabla 19. Prueba estadística de correlación.....	76
Tabla 20. Matriz de consistencia	85
Tabla 21. Informes de servicio de control simultáneo 2017.....	95
Tabla 22. Informes de servicio de control simultáneo 2018.....	96

Tabla 23. Informes de servicio de control simultáneo 2019	99
Tabla 24. Informes de servicio de control simultáneo 2020	103

Índice de figuras

Figura 1. Tipos de control en función al momento de su ejercicio, normas generales de control gubernamental.....	24
Figura 2. Etapas de la vista de control	34
Figura 3. Sistema de control interno	39
Figura 4. Criterios para un buen servicio	45
Figura 5. Las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL	49
Figura 6. Servicios de control simultáneo realizado por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial.	57
Figura 7. Hechos identificados que vulneran la normativa u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad.	58
Figura 8. El personal de OCI ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad, referido a la prestación de servicios asistenciales.	59
Figura 9. Entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias.....	60
Figura 10. El personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad.	61
Figura 11. Personal del OCI, realiza una recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la realización de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales.....	62
Figura 12. Emisión de resultados del servicio de control simultáneo, oportunos.....	64
Figura 13. Percepción del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden.....	65
Figura 14. Nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta	66
Figura 15. Se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL	67
Figura 16. Prestación del servicio asistencial en el HNAL	68
Figura 17. Contrastación de hipótesis general	70
Figura 18. Contrastación de hipótesis específica 1	72
Figura 19. Contrastación de hipótesis específica 2	74
Figura 20. Contrastación de hipótesis específica 3	76

Resumen

La siguiente tesis tuvo como objetivo determinar si con la implementación del servicio de control simultáneo se puede optimizar la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020. La investigación fue de tipo aplicada, correlacional descriptiva y transversal. Se aplicó un instrumento a 62 trabajadores del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que laboran en sus diferentes áreas y posteriormente se procesó la información obtenida en la aplicación del instrumento para luego presentar los datos debidamente analizados e interpretados. Los principales resultados apuntan a que la implementación del control simultáneo puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Palabras clave: control, calidad, servicios asistenciales.

Abstract

The following thesis aimed to determine if the implementation of the simultaneous control service can optimize the quality of the provision of care services at the Arzobispo Loayza National Hospital, Years 2017-2020. The research was of an applied, descriptive and cross-sectional correlational type. An instrument was applied to 62 workers of the Archbishop Loayza National Hospital who work in their different areas and subsequently the information obtained in the application of the instrument was processed to then present the data duly analyzed and interpreted. The main results point to the fact that the implementation of simultaneous control can significantly optimize the quality of the provision of care services at the Arzobispo Loayza National Hospital.

Keywords: control, quality, healthcare services.

I. Introducción

La investigación desarrollada y titulada “El control simultáneo y su incidencia en la calidad de la prestación de los servicios asistenciales del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Años 2017-2020”, fue desarrollada en base a un tema de actualidad, pues en todas las entidades públicas siempre se presentan problemas de diversa índole durante el desarrollo de sus actividades cotidianas; en nuestro caso hemos analizado todo lo relacionado con la prestación de servicios asistenciales en el HNAL y la percepción que se tiene de dicho servicio que se presta y la forma cómo el control simultáneo a través de sus diversas modalidades puede contribuir con corregir errores, mejorar los procesos, tomar medidas preventivas, correctivas, etc.

En el trabajo desarrollado, el primer capítulo contiene la formulación de problemas, objetivos e hipótesis principalmente.

El capítulo segundo contiene la base teórica de la investigación y el desarrollo de las dos variables.

En el capítulo tercero se desarrolla la metodología de la investigación donde se conoce la población, muestra, métodos e instrumentos de investigación aplicados en el trabajo de campo.

El capítulo cuarto se refiere a los resultados obtenidos en la investigación, tanto a nivel descriptivo como inferencial.

En el capítulo cinco se presenta una discusión de los resultados y finalmente se concluye con las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos correspondientes a la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), como en muchos nosocomios a nivel nacional, a pesar del esfuerzo que realizan los servidores de la Entidad, no se ha podido formular políticas que permitan optimizar y mejorar la calidad en la prestación de los servicios asistenciales que se brindan a la población, situación que se ve reflejada con la constante y continua cantidad

de quejas formuladas por los usuarios de los diversos servicios en que se asisten, por el estado de los equipos, su dispensación y distribución para brindar un servicio eficiente, entre otros.

En ese sentido, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no se han desarrollado procesos y mecanismos necesarios para una adecuada prestación de su cartera de servicios; existiendo actualmente dificultades para planificarlos y ejecutarlos en el marco de las políticas sectoriales del Ministerio de Salud, siendo que las labores ejecutadas por los servidores a los usuarios no satisfacen la demanda respecto a la oferta que se proporciona, mostrándose carencia de labores de supervisión continua a fin de evitar dichas situaciones, generando que los derechos de salud de los usuarios no se vean garantizados. Los problemas relacionados con la calidad de servicio asistencial que se brindan en el HNAL, están relacionados a la falta de profesionales frente a la demanda de usuarios, una infraestructura inadecuada, equipamiento deficiente por su antigüedad o no existente, carencia de medicamentos por desabastecimiento, entre otros; todo ello enmarcado en la inadecuada ejecución del presupuesto por parte de la administración de la Entidad.

La administración de la Entidad, se encuentra conformada por los áreas de planificación, presupuesto, contabilidad, tesorería, las cuales cumplen un papel primordial en la adecuada prestación de los servicios asistenciales, toda vez que son los encargados de viabilizar el presupuesto para así garantizar la ejecución de los mismos en beneficio de los usuarios; sin embargo, la existencia de los problemas detallados en la Entidad, a percepción de los usuarios, que involucra a estas áreas, demuestran que tanto la función administrativa y asistencial, carecen de controles que le permitan mejorar sus procedimientos, perjudicando con las demoras, vulneraciones a la normativa, entre otros a los beneficiarios directos, los usuarios.

1.2. Descripción del problema

La consecuencia de lo detallado, se demuestra en la cantidad de quejas efectuadas durante el periodo 2017 al 2020, que por concepto a comprensión de los usuarios es como sigue:

Concepto	Servicio Asistencial	2017	%	Σ%	2018	%	Σ%	2019	%	Σ%	2020	%	Σ%
Demora en atención/demora en la prestación de servicios de salud/demora en la realización de exámenes/dificultad de acceso a los servicios de atención al asegurado/demora en la entrega de formatos en la IPRESS	Oftalmología		0.00		2	0.91		1	0.38		5	4.76	
	Infectología	1	0.30			0.00			0.00		1	0.95	
	Endocrinología	1	0.30		2	0.91		1	0.38			0.00	
	Oncología médica	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Psicología	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Urología	5	1.51		2	0.91		2	0.76		3	2.86	
	Inmunoreumatología		0.00		1	0.46			0.00		1	0.95	
	Consulta Externa y Hospitalización	1	0.30		9	4.11		3	1.15			0.00	
	Cardiología	2	0.60		2	0.91		1	0.38		1	0.95	
	Estomatología	1	0.30		1	0.46		5	1.91		1	0.95	
	Diagnóstico por imágenes	10	3.02		1	0.46		1	0.38		2	1.90	
	Patología Clínica y Banco de Sangre	2	0.60		4	1.83		4	1.53			0.00	
	Medicina Física y Rehabilitación	3	0.91		1	0.46			0.00		1	0.95	
	Cirugía vascular, periférica y angiología		0.00			0.00			0.00		2	1.90	
	Enfermería	5	1.51	17	4	1.83	27.85	12	4.58	29.77	2	1.90	31.43
	Farmacia	1	0.30		1	0.46		1	0.38			0.00	
	Ginecología y obstetricia	2	0.60		4	1.83		3	1.15		1	0.95	
	Neurología	2	0.60		3	1.37			0.00			0.00	
	Otorrinolaringología	2	0.60		4	1.83		8	3.05		1	0.95	
	Anatomía Patológica	1	0.30		2	0.91			0.00			0.00	
	Traumatología	2	0.60		5	2.28		4	1.53		1	0.95	
	Cirugía general 6 I	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Reumatología	1	0.30			0.00		1	0.38			0.00	
	Gastroenterología	3	0.91		1	0.46		13	4.96		1	0.95	
	Cirugía torácica y cardiovascular	1	0.30		3	1.37			0.00			0.00	
	Medicina Interna	2	0.60		1	0.46			0.00			0.00	
	Salud mental	2	0.60		3	1.37		4	1.53		1	0.95	
	Emergencia	1	0.30		2	0.91		13	4.96		9	8.57	
	Dermatología	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Oncología ginecológica		0.00		1	0.46			0.00			0.00	
Neurocirugía		0.00		2	0.91			0.00			0.00		
Geriatría		0.00			0.00		1	0.38			0.00		
Estadística e informática	103	31.12		38	17.35		64	24.43		23	21.90		
No disponibilidad de historia clínica	Consulta Externa y Estadística		0.00	31.12		0.00	17.81		0.00	24.43		0.00	21.90
	Nefrología		0.00		1	0.46			0.00			0.00	
Incumplimiento de atención de citas	Consulta Externa y Hospitalización		0.00			0.00			0.00			0.00	
	Traumatología		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00
	Cardiología		0.00			0.00		0.00			0.00		
	Gastroenterología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Enfermería		0.00			0.00		2	0.76		1	0.95	
Deficiencia en la información brindada	Tórax y cardiovascular		0.00	2.72		0.00	1.37	1	0.38	2.67		0.00	2.86
	Estomatología		0.00		1	0.46			0.00		1	0.95	
	Medicina física y rehabilitación		0.00		1	0.46			0.00			0.00	

Concepto	Servicio Asistencial	2017	%	Σ%	2018	%	Σ%	2019	%	Σ%	2020	%	Σ%
Deficiencia en orden y limpieza y bioseguridad	Ginecología y obstetricia	2	0.60		1	0.46			0.00			0.00	
	Cirugía plástica y quemados	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Emergencia	2	0.60			0.00		1	0.38			0.00	
	Consulta externa y Hospitalización	3	0.91			0.00			0.00			0.00	
	Comunicaciones		0.00			0.00		1	0.38		1	0.95	
	Patología Clínica y Banco de Sangre	1	0.30			0.00		1	0.38			0.00	
	Oficina de servicios generales y mantenimiento		0.00		1	0.46			0.00			0.00	
	Patología Clínica y Banco de Sangre		0.00	0.91	1	0.46	0.91	1	0.38	0.38		0.00	0.00
	Emergencia	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Enfermería	2	0.60			0.00			0.00			0.00	
Falta de consentimiento informado	Gastroenterología	1	0.30			0.00		1	0.38			0.00	
	Pediatría		0.00	0.30		0.00	0.00	1	0.38	0.76		0.00	0.00
Calidad de atención relacionado a la hospitalización/emergencia/atención/examen o procedimiento auxiliar	Medicina interna	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Emergencia y Cuidados Críticos	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
	Urología	1	0.30			0.00			0.00			0.00	
No conformidad con la prescripción/ suministro de medicamentos o insumos en la IPRESS	Diagnóstico por imágenes	1	0.30	1.21		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00
	Neurología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Diagnóstico por imágenes		0.00			0.00			0.00		1	0.95	
	Traumatología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Oncohematología		0.00		1	0.46			0.00			0.00	
	Cirugía torácica y vascular	1	0.30	7.25		0.00	6.85		0.00	9.54		0.00	12.38
	Patología Clínica y Banco de Sangre	1	0.30			0.00		2	0.76		4	3.81	
	Enfermería	1	0.30		1	0.46		1	0.38			0.00	
	Farmacia	21	6.34		13	5.94		20	7.63		8	7.62	
	Cirugía y pared abdominal		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
Relativo a la infraestructura y equipamiento	Otorrinolaringología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Emergencia y cuidados críticos		0.00			0.00			0.00			0.00	
	Traumatología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Diagnóstico por imágenes	1	0.30			0.00		1	0.38			0.00	
	Oficina de servicios generales y mantenimiento		0.00	0.30	2	0.91	0.91	1	0.38	3.82		0.00	0.95
	Dirección ejecutiva de administración		0.00			0.00		2	0.76			0.00	
	Dirección general		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Urología		0.00			0.00		1	0.38			0.00	
	Ortopedia y traumatología		0.00			0.00			0.00		1	0.95	
	Comunicaciones		0.00			0.00		1	0.38			0.00	

Concepto	Servicio Asistencial	2017	%	Σ%	2018	%	Σ%	2019	%	Σ%	2020	%	Σ%
Total de reclamos		331	100	100	219	100	100	262	100	100	105	100	100

Nota. Fuente: Oficina de calidad HNAL, datos de reclamos (2021).

De lo detallado, los problemas de calidad que argumentan los usuarios en sus quejas, están relacionados principalmente a su disconformidad en la atención, falta de equipamiento, falta de personal (médico o auxiliar) infraestructura o inexistencia de insumos-material médico para su atención.

En el año 2017, se reportaron 331 quejas siendo las más representativas las relacionadas a la no disponibilidad de historia clínica en un 31.12% y calidad de la atención en un 39.27%.

Del mismo modo, en el año 2018 se registraron 219 quejas, siendo las más representativas las relacionadas a la no disponibilidad de historia clínica en un 17.81% y calidad de la atención en un 44.29%. Al respecto, como se aprecia la Entidad no ha determinado un proceso de mejora continua, lo que afecta el cumplimiento de su misión institucional.

Del mismo modo, en el año 2019 se registraron 262 quejas, siendo las más representativas las relacionadas a la no disponibilidad de historia clínica en un 24.43% y calidad de la atención en un 28.63%.

En el año 2020 se reportaron 105 quejas, siendo las más representativas las relacionadas a la no disponibilidad de historia clínica en un 21.90% y calidad de la atención en un 30.48%.

De igual forma, los profesionales de la salud que prestan los servicios asistenciales muestran sus quejas a través del pliego de reclamos a la autoridad administrativa de la Entidad, argumentando la inexistencia de controles y previsiones de profesionales, equipamiento e insumos para brindar servicio a la oferta originando la percepción negativa de atención por parte de los usuarios.

Es importante señalar que, en las distintas modalidades del servicio de control simultáneo ejecutadas durante los años 2017 a 2020, la cantidad de informes, número de riesgos/situaciones adversas son:

Tabla 2

Informes de servicio de control simultáneo

Informes-riesgos/situaciones adversas	2017	2018	2019	2020	Total
Informes de servicio de control simultáneo en total	4	11	20	21	56
Número de riesgos/situaciones adversas del año	15	65	37	35	152

Nota. Fuente: Portal web de la Contraloría General de la República – módulo de buscador de informes de participación ciudadana.

En el año 2017 se emitieron 4 informes que corresponde a 15 riesgos, en el año 2018 se emitieron 11 informes que corresponden a 65 riesgos, en el año 2019 se emitieron 20 informes que corresponden a 37 situaciones adversas y en 2020 se emitieron 21 informes que corresponden a 35 situaciones adversas.

Esta problemática de calidad en la prestación de servicios asistenciales en el HNAL es provocada entre otros factores por la falta de controles internos en cada uno de sus procesos administrativos, los cuales son identificados a través de un continuo desarrollo de las modalidades de control simultáneo que se debe realizar en los diversos procesos de la Entidad que se ejecutan para brindar servicios a los pacientes, donde la no existencia de los mismos tiene una influencia en los servicios asistenciales que se brindan en este nosocomio.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿En qué medida el servicio de control simultáneo incide en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020?

1.3.2. Problemas específicos

¿De qué manera la modalidad control concurrente del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017-2020?

¿En qué forma la modalidad visita de control del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017-2020?

¿Cómo la modalidad orientación de oficio del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017-2020?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Carmona y Barrios (2017) en su artículo de investigación “Nuevo paradigma del control interno y su impacto en la gestión pública” realizado en Cuba la Habana, sobre el impacto que puede causar el control interno del COSO internacional, en la Gestión Pública, la cual explica una nueva metodología para la Gestión de Riesgos en la Gestión Pública, dando a conocer la identificación de acontecimientos y evaluación de Riesgos, por lo cual, en dicha investigación concluye que, la Gestión Pública requiere de controles eficientes que le permitan alinear la estrategia para alcanzar los resultados esperados en el cumplimiento de su encargo social con adecuados niveles de economía, eficiencia y eficacia, la planificación, utilización y registro de los recursos asignados por el Estado requiere de controles eficientes y evaluaciones periódicas que permitan prevenir contra corrupciones e ilegalidades.

Mendoza et al. (2018) en su artículo de investigación denominado “El Control interno y su influencia en la Gestión Administrativa del Sector Público” en una investigación de marco documental, concluyendo que el Control Interno en las entidades del Sector Público en Ecuador debe ser entendido dentro del contexto de sus características específicas en comparación con las

organizaciones privadas, es decir, tomando en cuenta su enfoque para lograr los objetivos sociales o políticos, utilización de los fondos públicos, la importancia del ciclo presupuestario y de planeamiento, y de la complejidad de su funcionamiento de tal forma que, permite obtener un conocimiento de las empresas e información a la administración o a los responsables del gobierno corporativo respecto a fallas o debilidades en el sistema de control interno. Las entidades públicas requieren del cumplimiento de normativas. En estas, se reglamentan la gestión de la entidad, forma de operar y los ejemplos incluyen diferentes normativas que eviten la corrupción.

Ortega et al. (2017) en su artículo de investigación denominado “Nivel de importancia del Control Interno de los inventarios dentro del marco conceptual de una empresa” en Colombia, de igual importancia señala que, el Control Interno es denominado como un factor clave para lograr un adecuado manejo corporativo del negocio, pues proporciona la seguridad respecto al logro de los objetivos y metas trazadas dentro del marco de la eficiencia y economía, estos se constituyen como los tres pilares que sostienen y resguardan los recurso y bienes de la empresa, teniendo como conclusión que, el Control Interno conducirá a conocer la situación real de las mismas, es por eso la importancia de tener una planificación que sea capaz de verificar que los controles se cumplan para darle una mejor visión sobre su gestión.

Varela (2010) realizó el trabajo Gestión y Gobernanza Local en perspectiva comparada: las políticas públicas de modernización administrativa en los gobiernos locales de Galicia y el Norte de Portugal, concluyendo que el elemento diferenciador de la gestión pública y la gobernanza local lo encontramos en una acción a priori sencilla, pero de gran transcendencia, como es la toma de decisión política y/o técnica de la implementación de una política y/o técnica de la implementación de una política pública y/o de una serie de modelos y técnicas para la mejora de los servicios públicos locales. El autor señala que la gestión pública local sería el instrumento a

través del cual un electo y/o un técnico de un gobierno-administración local intentan transformar su institución-organización político-administrativa a través del manejo de instrumentos normativos, organizativos, e gestión y de gobernanza, destinados a introducir mejoras sostenibles en el interior de sus organizaciones, que se proyectan a la ciudadanía en forma de servicios públicos locales, desde unos resultados que conjuguen la eficacia, eficiencia, la productividad, la efectividad y la legitimidad, siendo por ello percibidos de forma favorable por el conjunto de vecinos de su municipio, ayudando así a consolidar una nueva gobernanza municipal. Con relación a la pregunta ¿Existe una gestión pública y una gobernanza local específica, más allá de la definición genérica de gestión pública aplicada a todo tipo de organización pública, sea esta del nivel de gobierno que sea?; concluye que de forma particular en la gestión pública local, al ser contingente (ámbito político, territorial y administrativo particular para cada uno de los municipios), además de una institución numerosa, organizativamente débil, con escasos recursos y enormemente fragmentada del mapa institucional en un territorio multinivel (hablando de Europa, pero en concreto de España), las decisiones que sobre la gestión se toman en su seno (por parte de electos y/o técnicos locales), están acompañados de un sinnúmero de particularidades que la caracterizan como singular, en relación con la gestión desarrollada por el resto de los niveles de gobierno.

Grandinetti (2014), en su investigación “Diseño de organizaciones públicas locales para la gestión de territorios complejos: Hacia una propuesta metodológica”, refiere que se propone evaluar los impactos de los cambios organizacionales de los municipios en términos de capacidades e identificar posibles causas de estos resultados, referidos a los parámetros técnicos de diseño utilizados y al tratamiento de la dimensión institucional del cambio. La tesis se ubica en la línea de trabajo sobre gobernanza local; recupera los postulados de dos escuelas teóricas que

forman parte del debate actual de la ciencia política y el campo de la administración pública: la gobernanza y la nueva institucionalidad. La investigación se desarrolla sobre los municipios de la Región Rosario, Argentina, a partir de los resultados de la primera medición del Índice de Capacidades de Gestión para el Desarrollo. Sus principales resultados son los siguientes: Se verifica el bajo nivel de capacidades de los municipios de la región y, paradójicamente, el alto nivel de cambios introducidos en el diseño organizacional. En cuanto a los parámetros de diseño del cambio se concluye que los dispositivos mayoritariamente implementados están claramente vinculados al modelo burocrático. Sin embargo, es relevante la correlación positiva encontrada con el índice de capacidades y la implementación de redes, del mismo modo la implementación de mecanismos internos de coordinación. Sobre la dimensión institucional de los cambios se ha podido constatar, que, pese a la escasa atención prestada a su institucionalización, los niveles de capacidades de los municipios tendrían una relación positiva con la institucionalización de los mismos. Estos resultados permiten identificar claves para el abordaje de los procesos de cambio que impacten en la construcción de capacidades: a) Diseño organizacional en base a parámetros orgánicos, adecuados a los nuevos contextos. b) Incorporación a los procesos de cambio de la perspectiva del juego político de los actores y los incentivos para el cambio institucional.

Fernández (2010), en su investigación “El control de las Administraciones Públicas y la lucha contra la corrupción: especial referencia al Tribunal de Cuentas y a la intervención general de la Administración del Estado”, planteó como objetivo: “...analizar la corrupción pública y los resultados que sobre ella obtienen las instituciones de control, en particular las dedicadas a la actividad administrativa financiera” (p. 36). Se trató de una investigación analítica y descriptiva. Las principales conclusiones indican que “...La corrupción pública es un concepto meta cultural que puede definirse de forma suficiente como un abuso de poder realizado por un agente público

en beneficio propio o de terceros: A pesar de que es comúnmente afirmado por la doctrina que el concepto de la corrupción es difícil de delimitar, el análisis de lo que se ha considerado una defraudación de los intereses públicos a lo largo de la Historia y en las diferentes culturas permite afirmar que problemas como la malversación o el soborno han sido siempre reprobados moralmente por las diferentes comunidades. En el fondo de este reproche se encuentra una exigencia que toda comunidad plantea implícitamente a quien ostenta el Poder: se debe gobernar para la ciudadanía y quien abusa de su ejercicio con el fin de obtener un provecho más allá de lo tolerable, apartándose del interés general, es censurado socialmente. Las diferencias culturales entre las actitudes que se consideran virtuosas e impuras no nacen de la concepción de la corrupción, sino de los beneficios (derechos) y limitaciones (deberes) asignados a los gobernantes en los diferentes sistemas sociales (monárquicos o republicanos, capitalistas o socialistas, etc.), así como de los inevitables puntos limítrofes entre el bien y el mal” (p. 532).

1.4.2. Antecedentes nacionales

Rojas (2017), en su investigación “Control simultáneo y la prevención de la corrupción en las contrataciones de las entidades públicas, en la Contraloría Regional de Huánuco”, planteó como objetivo: “...medir la relación del control simultáneo en la prevención de la corrupción en las contrataciones de las entidades públicas, en la Contraloría Regional Huánuco – 2017”. La investigación metodológicamente fue de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo, en cuanto a su alcance fue descriptiva y correlacional y basada en el método deductivo. En cuanto a la muestra fue un total de 34 trabajadores. Se aplicó un instrumento (encuesta) a la muestra seleccionada y se procesó la información en SPSS V22. Los principales resultados indicaron que “...la correlación es baja, siendo un 0.297 y el valor de significancia es 0.125, en tal sentido se rechaza la Hipótesis alternativa (H_i) y se acepta la hipótesis nula (H_o); y podemos decir que el control simultáneo no

se relaciona significativamente en la prevención de la corrupción en las contrataciones de las entidades públicas, en la Contraloría Regional Huánuco, con una correlación baja de un 30% con un nivel de confianza del 95%”. Una de las principales conclusiones a las que se llegó indican que “...existe una correlación baja y positiva entre la dimensión de la variable independiente de la acción simultánea y la variable dependiente, prevención de la corrupción; en tal sentido se rechaza la HI y se acepta la HO donde la acción Simultanea no se relaciona de manera significativa en la prevención de la corrupción en las contrataciones de las entidades públicas, en la Contraloría Regional Huánuco – 2017” (p. 80).

De la Cruz y Delgado (2017), en su investigación “Influencia del control interno previo y simultáneo en los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios de la caja Maynas, periodo 2010-2014”, plantearon como objetivo de investigación: “...demostrar la influencia del Control Interno Previo y Simultáneo en los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios de la Caja Maynas, en el periodo 2010 – 2014”. En cuanto a la metodología, la investigación fue de tipo Correlacional y respecto del diseño fue No Experimental. Se analizaron 292 expedientes de la Caja Maynas. Los resultados indicaron que “...el control interno previo y simultáneo de cada uno de los procesos es una herramienta que tiende a optimizar la adquisición de bienes y contratación de servicios, utilizando para ello los mecanismos. Justamente, la presente tesis magistral busca determinar la influencia del control interno previo y simultáneo en las adquisiciones de bienes y contratación de servicios de la Caja Maynas, durante el periodo 2010 – 2014” (p. 39). Y en cuanto a las conclusiones indican que “...Cuando se analizó la influencia del control interno previo y simultáneo en los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios de la Caja Maynas, durante el periodo 2010 – 2014, mediante el test estadístico, el Coeficiente de Correlación (r) alcanzó la cifra de $r = 0.793826$; cantidad alejada de 1, lo que lleva

a afirmar que existe una débil correlación entre variables; es decir, la Variable Independiente (Control Interno Previo y Simultáneo) no influye en el comportamiento de la Variable Dependiente (Procesos de Adquisición de Bienes y Contrataciones de Servicios). No existe buena correlación” (p. 77).

Vidal (2017), en su investigación “El Control Simultáneo como Nuevo Enfoque de la Auditoría Gubernamental, en la Gestión de Proyectos de Inversión Pública, en la Gerencia Regional de Infraestructura del Gobierno Regional del Callao”, planteó como objetivo: “...determinar la incidencia del empleo del control simultáneo en la gestión de proyectos de inversión pública en la Gerencia Regional de Infraestructura del Gobierno Regional del Callao”. Esta investigación fue de tipo descriptiva, aplicada, y correlacional. Se aplicó un instrumento (encuesta) a 83 profesionales que laboran en la Gerencia Regional de Infraestructura del Gobierno Regional del Callao, siendo la muestra de 83 profesionales. En cuanto a los resultados, “...El ejercicio de control simultáneo, no conlleva a la injerencia en los procesos de dirección y gerencia a cargo de la administración de la entidad, no supone la conformidad de los actos de la gestión ni limita el ejercicio del control posterior por parte de los órganos del Sistema. Se efectúa de manera selectiva, conforme a las modalidades establecidas en la presente directiva, en el marco de los lineamientos impartidos por la Contraloría” (p. 177). A nivel de conclusión, se indicó que “...se ha determinado que el control simultáneo, incide favorablemente en la gestión de proyectos de inversión pública, en la Gerencia Regional de Infraestructura del Gobierno Regional del Callao” (p. 183).

Vargas (2017), en su investigación “El tratamiento de riesgos de control simultáneo y su relación con la ejecución presupuestal del gobierno regional de Tacna 2015-2016”, planteó como objetivo: “...determinar la relación del tratamiento de riesgos de control simultáneo con la

ejecución presupuestal del Gobierno Regional de Tacna, periodo 2015-2016”. metodológicamente la investigación fue de tipo no experimental transaccional, en cuanto al diseño fue descriptiva y correlacional. En cuanto a la muestra fueron 63 riesgos de Control Simultáneo expuestos en 19 informes resultantes de servicios de control simultáneo efectuados por el Órgano de Control Institucional y la Contraloría Regional Tacna a las obras públicas y a los procesos de selección desarrollados. En cuanto a los resultados “...Se aprecia que, se tiene un 49% de riesgos no mitigados y un 51% de riesgos mitigados, por lo que se concluye que el Gobierno Regional de Tacna no está mitigando los riesgos de control simultáneo en su totalidad, lo que podría generar que se afecte el resultado o el logro de resultados o los objetivos del mismo” (p. 62) Del mismo modo la principal conclusión a la que se llegó indica que “...El tratamiento de riesgos de control simultáneo se relaciona significativamente con la ejecución presupuestal del Gobierno Regional de Tacna, por lo que es importante efectuar el tratamiento de los riesgos comunicados en los informes de control simultáneo” (p. 69).

Alejo (2017), en su investigación “Nivel de control interno en la Empresa Prestadora de Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado Distrito Barranca S.A., 2015”, planteó como objetivo: “...Identificar el nivel del Control Previo en la Entidad Prestadora de Servicios de Agua y Alcantarillado EPS Semapa Barranca S.A., – 2015” (p. 32). Metodológicamente se trató de una investigación de tipo básica, descriptiva, en cuanto a su diseño fue no experimental y de corte transversal. La muestra fue de 40 personas entre autoridades, funcionarios y trabajadores actuales de la EPS Semapa Barranca S.A., en cuanto a los resultados, se indica que “...se evidenció que el control interno previo alcanzó un nivel deficiente (60%) porque se encuentra en el intervalo de {35 – 40}; el control interno simultáneo alcanzó un nivel deficiente (70%) porque se encuentra en el intervalo de {35 - 40} y el control interno posterior alcanzó un nivel deficiente (67%) porque se

encuentra en el intervalo de {35 – 45}. Esto significa que la mayoría de los encuestados indicaron que el control interno en la Entidad Prestadora de Servicios Semapa Barranca S.A., 2015, se encuentran en un nivel deficiente (50%). (p. 48)”. Se llegó a las siguientes conclusiones: “...Utilizando el instrumento conveniente se obtuvo el nivel o medición del grado de madurez del control interno en la Entidad Prestadora de Servicios Semapa Barranca S.A., 2015, nivel donde se encuentra el control interno en relación a una situación deficiente para conseguir sus objetivos” (p. 55).

1.5. Justificación de la investigación

En la presente investigación se ha identificado la problemática en la prestación de los servicios asistenciales del HNAL, y se pretende brindar una solución o alternativa de solución a la problemática detectada previo análisis descriptivo y estadístico de la misma.

La importancia de esta investigación se enmarca en el hecho de como los elementos y modalidades del control simultáneo basado en riesgos-situaciones adversas favorecen en una mejor prestación de los servicios asistenciales, proveyéndose de mejora continua y eficiencia en su mitigación-implementación. De igual forma, permite materializar el proceso de investigación científica y así los conocimientos y expertises propios de la carrera.

1.6. Limitaciones de la investigación

Al respecto se puede señalar que si bien es cierto hubo ciertas dificultades en cuanto a conseguir información sobre el tema materia de estudio, se utilizaron todos los esfuerzos y recursos por conseguirla y se contó con toda la información necesaria para realizar la investigación hasta su culminación.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar si con la aplicación del servicio de control simultáneo se puede optimizar la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

1.7.2. Objetivos específicos

Establecer si la modalidad control concurrente del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Demostrar si la modalidad visita de control del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Determinar si la modalidad orientación de oficio del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

La aplicación del control simultáneo puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

1.8.2. Hipótesis específicas

El control concurrente del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

La visita de control del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

La orientación de oficio del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

II. Marco teórico

2.1. Marco conceptual

2.1.1. *Hospital Nacional Arzobispo Loayza*

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) es un hospital público administrado por el MINSA (Ministerio de Salud). Fundado por el primer arzobispo del Perú, Jerónimo de Loayza en 1549 como Hospital de Santa Ana, este hospital prestó servicios de salud a mujeres necesitadas y a la población indígena. A inicios del siglo XX, la Beneficencia Pública de Lima inició la construcción del actual local ubicado en la Av. Alfonso Ugarte, en el Centro de Lima.

2.1.1.1. Misión. “Brindamos atención integral de alta especialización a nuestros pacientes, usuarios y familia, en la recuperación, protección, haciendo docencia e investigación de manera continua, con inclusión social y aseguramiento universal”.

2.1.1.2. Visión. “Al 2021 ser un equipo humano de excelencia en la atención de sus pacientes, usuarios y familia que actúa con bondad, calidez, empatía y contribuye a su calidad de vida, alivio, satisfacción y felicidad”.

2.1.1.3. Historia. El HNAL cuenta a la fecha con más de 457 años de operatividad, su historia puede ser dividida en dos etapas, claramente definidas. El Hospital Santa Ana de los Naturales: Este hospital fue dedicado directamente a prestar servicios de salud a la población indígena, diezmada y severamente afectada por las diversas enfermedades traídas por los españoles a nuestro país. Cabe resaltar que hasta entonces los indígenas no se les consideraba como seres humanos, por tanto, no tenían acceso a los servicios de salud. El Arzobispo Loayza falleció el 26/10/1575. Luego este hospital fue dedicado a la atención de mujeres menesterosas. En 1902 debido al constante deterioro de sus instalaciones, la Beneficencia Pública de Lima, decidió construir un moderno hospital para mujeres, en unos terrenos de su propiedad en la Av. Alfonso Ugarte. La construcción de este hospital se inició en 1915 y fue inaugurado el 11/12/1924, bajo el

nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador. Desde su inauguración, este hospital estuvo dedicado a la atención de mujeres de menores recursos económicos, lo que se mantuvo hasta los 90, actualmente atiende a todo tipo de pacientes. Hasta el 31/01/1974, en que pasó a depender del MINSA, fue administrado por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. El HNAL, es un órgano desconcentrado de la DISA V Lima Ciudad y forma parte de la Red Hospitalaria del MINSA; catalogado como categoría III – 1 nivel de Complejidad, brinda servicios de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de los estados de salud que aquejan a la población.

2.1.2. Control simultáneo

2.1.2.1. Concepto. En nuestro caso y para nuestra investigación basaremos nuestra investigación en la Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, que aprueba la directiva N° 002-2019-CG/NORM, “Servicio de Control Simultáneo” la misma que establece que “El Control simultáneo forma parte de Control Gubernamental, el cual consiste en examinar de forma objetiva y sistemática los hitos de control o las actividades de un proceso en curso, con el objeto de identificar y comunicar oportunamente a la entidad o dependencia de la existencia de hechos que afecten o pueden afectar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso, a fin que ésta adopte las acciones preventivas y correctivas que correspondan, contribuyendo de esta forma a que el uso y destino de los recursos y bienes del Estado se realice con eficiencia, eficacia, transparencia, economía y legalidad. En caso se adviertan situaciones de competencia de otras instancias u organismos, dichas situaciones se comunican oportunamente a éstas para los fines que correspondan”. Algunas conceptualizaciones son:

A. Comisión de control. Equipo de profesionales a cargo del servicio de control, integrado por un supervisor, profesional que lidera la comisión de control, jefe de comisión, responsable de

administrar y conducir la realización del servicio de control, brindando asesoramiento y asistencia técnica a los integrantes, y por último el integrante, profesional, que se encuentra a cargo de desarrollar y documentar los procedimientos y custodia la documentación.

B. Acciones correctivas. Medida o conjunto de ellas orientadas a corregir una o varias situaciones adversas identificadas.

C. Acciones preventivas. Medida o conjunto de medidas orientadas a prevenir la ocurrencia de una afectación negativa a la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos de un proceso.

D. Actividad. Conjunto articulado de tareas permanentes, continuas, interrelacionadas y secuenciales que utilizan los insumos necesarios (recursos humanos, tecnológicos y financieros) para la generación de los productos (bienes y servicios) en la gestión de las entidades.

E. Proceso. Conjunto de actividades relacionadas, que transforman insumos en un producto.

F. Situación adversa. Identificación de uno o varios hechos, que determinan situaciones que pueden afectar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso. Los elementos son condición que es la narración objetiva, concreta y cronológica de los hechos advertidos, el criterio, que es la normativa, disposiciones internas, estipulaciones contractuales, u análogos aplicables a la condición; y la consecuencia, que es la explicación concreta de como la condición afecta o puede afectar negativamente en relación a las características, oportunidad, calidad y precio, entre otros, la continuidad o resultado de una o varias actividades o logro de los objetivos del proceso.

G. Evidencia. Es la información obtenida mediante la aplicación de técnicas de auditoría, la cual tiene que ser apropiada; medida cuantitativa de la evidencia es decir si existe la cantidad

necesaria de evidencia para sustentar las conclusiones de la comisión; y apropiada, medida cualitativa que se define en la relevancia y fiabilidad para sustentar las conclusiones de la comisión.

H. Control gubernamental. Consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente.

I. Acción de planeamiento. Comprende la obtención y análisis de información de diversas fuentes, entre éstas, la recopilación de información en la entidad o dependencia, por parte de la unidad orgánica, para tomar conocimiento de los procesos en curso que serán objeto del servicio de control simultáneo. Es necesario considerar los criterios de materialidad, evaluación de riesgos de los procesos en curso, situaciones de coyuntura o relevancia nacional, regional o local.

J. Implementación, seguimiento. La entidad elabora un plan de acción para la implementación de acciones preventivas y correctivas sobre las situaciones adversas, el plazo para implementar es de hasta tres (3) meses. El plan de acción se remite al OCI en diez (10) días hábiles que se cuenta a partir del día siguiente de recibido el informe de control simultáneo, pudiéndose modificar en un plazo de 5 días hábiles, acompañando el sustento documental por razones técnicas u operativas. Las acciones correctivas y preventivas deben ser medidas concretas, posibles, verificables y oportunas en razón a la naturaleza y característica de la situación adversa. Para el seguimiento, los estados son de implementada, cuando la entidad ha cumplido con realizar acciones correctivas o preventivas, no implementada, cuando no se ha cumplido con realizar la acción preventiva o correctiva del plan de acción, en proceso, cuando se ha tomado medidas y aún no se culminado de implementar la acción preventiva o correctiva, pendiente, cuando aún no ha iniciado la acción preventiva o correctiva, y no aplicable, cuando la acción preventiva o correctiva del plan de acción no puede ser ejecutada por factores sobrevinientes y no atribuibles a la entidad, imposibilitando su implementación. Cabe precisar, que la Resolución de Contraloría N° 115-2019-

CG, dejó sin efecto la Resolución de Contraloría N° 432-2016-CG de 3 de octubre de 2016 que aprueba la Directiva N° 017-2016-CG/DPROCAL, la cual estuvo vigente desde el año 2016 a marzo de 2019, la cual contemplaba entre sus modalidades de control a la orientación de oficina y la visita de control, cuyas conceptualizaciones son:

Orientación de Oficio: “Es una modalidad del servicio de control simultáneo que ejerce la Contraloría o el OCI, cuando toma conocimiento de la presencia de situaciones que puedan conllevar a la entidad a incurrir en errores, omisiones o incumplimientos en el desarrollo de una o más actividades de un proceso en curso, de los cuales se puede tomar conocimiento a través de la misma entidad u otras fuentes”.

Visita de control: “Es una modalidad del servicio de control simultáneo que consiste en presenciar actos o hechos relacionados a la recepción por parte de la entidad de bienes y prestación de servicios en general, o los que ejecuta la entidad en los que por disposición legal requiera la presencia de los órganos del Sistema o los referidos al estado y mantenimiento de la infraestructura pública, con el propósito de constatar que estos se realicen conforme a la normativa aplicable, disposiciones internas y estipulaciones contractuales.

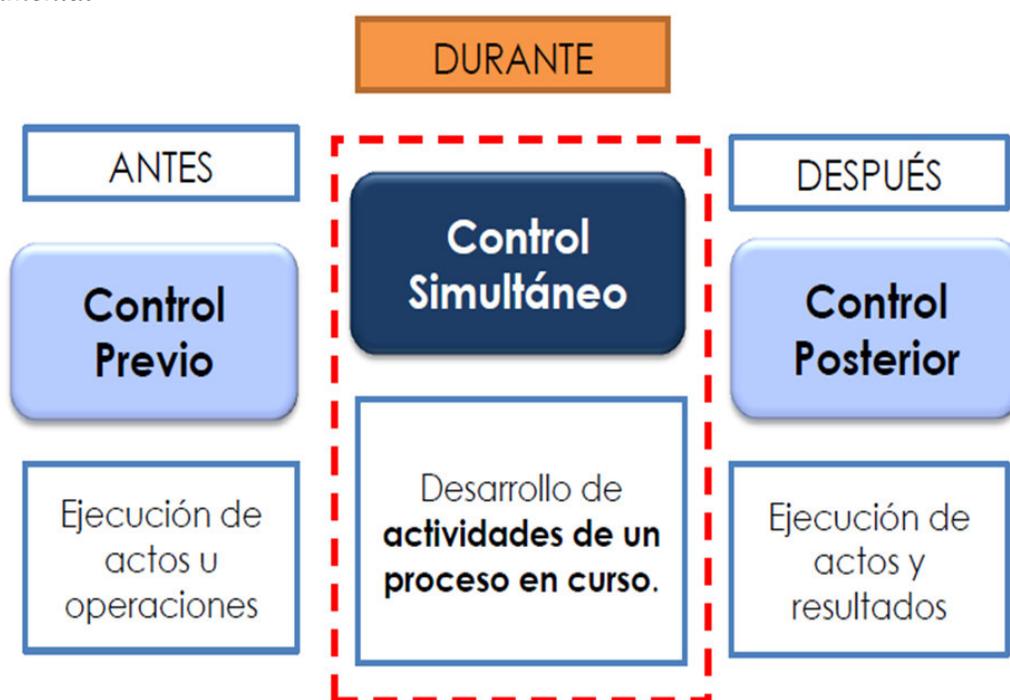
Asimismo, la Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, dejó sin efecto la Resolución de Contraloría N° 405-2017-CG, que define al control concurrente para la reconstrucción con cambios en: “es aquella evaluación que se realiza a una o más tareas o actividades de un proceso en curso seleccionado, con el objeto de alertar oportunamente al Titular de la entidad y a las instancias competentes sobre la existencia de situaciones adversas que afectan o podrían afectar el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso materia de control, a fin que se adopten las acciones correctivas que correspondan”. El control concurrente para la reconstrucción con

cambios es una modalidad de control simultáneo que se aplica a los procesos en curso en el marco de la Ley 30556.

En ese sentido, en la Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, las modalidades de visita de control, orientación de oficio y el control concurrente, el cual este último es de forma general y no exclusivo de la Ley N° 30556, aún persisten.

Figura 1

Tipos de control en función al momento de su ejercicio, normas generales de control gubernamental



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

2.1.3. Marco legal

2.1.3.1. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional y de la Contraloría, artículo 6, “Concepto de control gubernamental” y artículo 7, “Control interno”.

2.1.3.2. Normas Generales de Control Gubernamental. Aprobadas por la Resolución de Contraloría N° 273-2014-CG. (Sección VI. Normas de Servicios de Control Simultáneo).

2.1.3.3. Resolución de Contraloría N° 432-2016-CG de 3 de octubre de 2016. Aprueba la Directiva N° 017-2016-CG/DPROCAL, la cual estuvo vigente desde el año 2016 a marzo de 2019.

2.1.3.4. Resolución de Contraloría N° 405-2017-CG de 3 de noviembre de 2017. Aprueba la Directiva N° 005-2017-CG/DPROCAL “Control concurrente para la reconstrucción por cambios”.

2.1.3.5. Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG de 28 de marzo de 2019. Aprueba la Directiva N° 002-2019-CG/NORM, vigente desde el 29 de marzo de 2019 a la actualidad.

2.1.4. Características del control simultáneo

La Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, indica que el control simultáneo se caracteriza por ser:

2.1.4.1. Oportuno. Se desarrolla en el mismo o más próximo espacio de tiempo en que ocurre la actividad o actividades objeto de control.

2.1.4.2. Célere. Se realiza en plazos breves y expeditivos, impulsando el máximo dinamismo para el logro de sus objetivos.

2.1.4.3. Sincrónico. Su desarrollo y la emisión de sus resultados se realizan durante el proceso en curso, lo que permite a la entidad o dependencia, y de ser el caso, a las instancias competentes, adoptar a tiempo las acciones que correspondan.

2.1.4.4. Preventivo. Permite a la entidad o dependencia la oportuna adopción de acciones que correspondan, con la finalidad de asegurar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso.

2.1.5. Modalidades del control simultáneo.

La Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, indica que el Control Simultáneo se realiza a través de las siguientes modalidades:

2.1.5.1. Control recurrente. La Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, indica que “es una modalidad de Control Simultáneo que se realiza a modo de acompañamiento sistemático, multidisciplinario, y tiene por finalidad realizar la evaluación, a través de la aplicación de diversas técnicas, de un conjunto de hitos de control pertenecientes a un proceso en curso, de forma ordenada, sucesiva e interconectada, en el momento de su ejecución, con el propósito de verificar si estos se realizan conforme a la normativa aplicable, las disposiciones internas, estipulaciones contractuales u otras análogas que le resultan aplicables, e identificar de ser el caso, la existencia de situaciones adversas que afecten o pueden afectar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso, y comunicarlas oportunamente a la entidad o dependencia a cargo del proceso, a efecto que se adopten las acciones preventivas o correctivas que correspondan”.

A. Planificación del control recurrente. La etapa de planificación del Control Concurrente se inicia, luego de determinada su realización, desde el día en que se efectúa el registro del servicio de control en el aplicativo que corresponda, y tiene por objeto elaborar el Plan de Control Concurrente, sobre la base de la información obtenida en las acciones de planeamiento. El plazo para la elaboración y aprobación del Plan de Control Concurrente es de hasta cinco (5) días hábiles de iniciada la etapa de planificación.

B. Contenido del Plan de Control Concurrente. El Plan de Control Concurrente contiene, como mínimo, el siguiente detalle:

Origen: Describe si el Control Concurrente se encuentra programado o no en el plan correspondiente de la unidad orgánica, órgano desconcentrado de la Contraloría u OCI a cargo del Control Concurrente.

Información de la Entidad o Dependencia: Indica el nombre de la entidad o de la dependencia, así como, el órgano o unidad orgánica que está a cargo del proceso en curso, objeto del Control Concurrente; asimismo, menciona, según sea el caso, el sector y el nivel de gobierno al cual pertenece, e incorpora un gráfico que identifica a los órganos o unidades orgánicas que intervienen en el mencionado proceso.

Datos del Proceso: Señala la denominación o identifica el proceso en curso objeto del Control Concurrente, fecha de su inicio y culminación.

Alcance: Define los hitos de control objeto del Control Concurrente, los cuales, además en conjunto, permiten evaluar el proceso en curso de manera integral.

Objetivos: Según la naturaleza del proceso objeto del Control Concurrente, se debe determinar el objetivo general que se pretende lograr con el desarrollo del Control Concurrente; asimismo, se establecen los objetivos específicos que correspondan.

Plazo del Control Concurrente y Cronograma: El plazo del Control Concurrente debe considerar lo previsto en la presente Directiva. El cronograma comprende las fechas de ejecución del servicio en cada hito de control.

Base Normativa: Precisa la normativa que la entidad o dependencia debe cumplir para la ejecución del proceso en curso objeto del Control Concurrente.

Procedimientos: Se detallan los procedimientos a aplicar para el cumplimiento del objetivo establecido en el Control Concurrente.

Información administrativa: Se detallan los miembros de la Comisión de Control y costos directos estimados.

Documentos a emitir: Indica que se emite un Informe de Hito de Control por cada hito de control evaluado y un Informe de Control Concurrente al finalizar dicho servicio de control.

Firmas: El plan se suscribe por el Supervisor y el Jefe de Comisión, así como, por el servidor a cargo del órgano desconcentrado, unidad orgánica de la Contraloría u OCI del cual depende la Comisión de Control.

C. *Modificación del Plan de Control Concurrente.* El Plan de Control concurrente puede ser modificado por razones debidamente justificadas, en todo aquello que no afecte al objetivo general y la pertinencia de su ejecución para el cumplimiento de la finalidad de esta modalidad de Control Concurrente. La modificación del Plan de Control Concurrente, respecto a una ampliación del plazo establecido para un hito de control, se realiza por única vez y máximo hasta el plazo establecido inicialmente para la ejecución de dicho hito de control, tomando sin consideración a su vez lo mencionado en el párrafo precedente. La solicitud de modificación del Plan de Control Concurrente, se efectúa por la Comisión de Control y se dirige al órgano desconcentrado, la unidad orgánica de la Contraloría, o al OCI de la entidad o dependencia, a cargo del Control Concurrente o al OCI de la entidad o dependencia, a cargo del Control Concurrente, el cual es responsable de su evaluación, así como de su aprobación o denegatoria. Para el caso de modificaciones del Plan de Control Concurrente por ampliaciones de plazo, las solicitudes se evalúan y elevan por el órgano desconcentrado, la unidad orgánica de la Contraloría, o por el OCI de la entidad o dependencia, a nivel superior jerárquico del cual dependa, para su aprobación.

D. *Ejecución del control concurrente.* La ejecución del Control Concurrente es la etapa en la que se desarrollan y documentan de forma sistemática e iterativa, los procedimientos establecidos en el Plan de Control Concurrente, con el objeto de obtener la evidencia que determine la existencia o no de situaciones adversas.

Inicio de la Etapa de Ejecución. La fase de implementación del control síncrono comienza con la aprobación del comité de seguimiento ante el titular de la entidad u organismo, cuando el

servicio es responsable de una entidad orgánica u organismo de control descentralizado, controlador, y con información de contacto en el inicio de la sincronización. servicio de control, cuando sea manejado por la OCI.

Desarrollo de Procedimientos en la Etapa de Ejecución. Los procedimientos contenidos en el Plan de Control Concurrente se desarrollan de forma sistemática e iterativa, aplicando técnicas de obtención de evidencias como la inspección, observación, comprobación, comparación, análisis cualitativo y cuantitativo, indagación, conciliación, entrevistas, entre otras, que a criterio de la Comisión de Control resulten necesarias para determinar la existencia o no de situaciones adversas; para tal efecto puede diseñar y utilizar actas, listas de verificación, formatos de entrevistas, entre otros, en función a la naturaleza del proceso objeto del Control Concurrente.

Reporte de Avance ante Situaciones Adversas durante la Etapa de Ejecución. Durante la etapa de ejecución del Control Concurrente y cuando se identifica la existencia de situaciones adversas respecto de las cuales la entidad o dependencia debe adoptar de manera inmediata las acciones que correspondan a fin de asegurar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso, se emite un Reporte de Avance ante Situaciones Adversas.

Este reporte es elaborado por la Comisión de Control para dar cuenta, de manera puntual, abreviada, con detalles sucintos de la existencia de una o varias situaciones adversas identificadas, respecto de las cuales la entidad o dependencia debe adoptar de manera inmediata las acciones que correspondan, a fin de asegurar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del proceso en curso. El plazo para su elaboración es de un (1) día hábil de identificada la situación adversa; el incumplimiento de dicho plazo, genera responsabilidad por parte de los integrantes de la Comisión de Control, según corresponda.

El Reporte de Avance ante Situaciones Adversas, es aprobado y suscrito por el jefe y el Supervisor de la Comisión de Control; el jefe de Comisión es el encargado de comunicar el reporte al Titular de la entidad o al responsable de la dependencia sujeta al Control Concurrente, el mismo día de su emisión.

La remisión del Reporte de Avance ante Situaciones Adversas para su publicación en el Portal Web de la Contraloría, se realiza dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de su comunicación al Titular de la entidad o al responsable de la dependencia; la publicación en el Portal Web de la Contraloría del Reporte de Avance ante Situaciones Adversas se efectúa en un plazo de dos (2) días hábiles de recibido por parte de la unidad orgánica de la Contraloría a cargo de dicha labor. La publicación que no se realice dentro de los plazos antes mencionados, genera responsabilidad por parte la Comisión de Control o de la unidad orgánica de la Contraloría, que no ejecute las funciones que le corresponda, para el cumplimiento de dicha obligación.

Las situaciones adversas identificadas y comunicadas, y las acciones adoptadas respecto de las mismas, se incluyen en el respectivo informe de Hito de Control y en el Informe del Control Concurrente.

Por su parte, en caso se identifiquen hechos con presunta responsabilidad, la Comisión de Control debe proceder conforme a lo establecido en el numeral 6.3.5 de la presente Directiva.

Reunión de coordinación. Durante la etapa de ejecución, e identificada las posibles situaciones adversas, la Comisión de Control puede llevar a cabo una o varias reuniones de coordinación previas a la elaboración del informe que corresponda, con el Titular de la entidad o responsable de la dependencia, o con quien éstos designen, y los funcionarios o servidores de las mismas, vinculados a las actividades del hito de control, para brindar alcances de su evaluación y obtener sus comentarios al respecto.

Este tipo de reuniones previas a la elaboración del informe que corresponda, a su vez permite que la entidad o dependencia, al conocer la identificación de las posibles situaciones adversas, adopte las acciones preventivas o correctivas inmediatas que correspondan.

2.1.6. Etapa de elaboración de informes en el control recurrente

La Comisión de Control, como resultado del desarrollo del Control Concurrente, elabora los siguientes informes:

2.1.6.1. Informe de Hito de Control. Este informe es preparado por la Comisión de Control al concluir la ejecución de un hito de control y contiene, de ser el caso, la descripción objetiva, clara y precisa de la o las situaciones adversas identificadas y de sus elementos, la evidencia que la sustenta. El informe de hito de control es suscrito por el Jefe y el Supervisor de la Comisión de Control y elevado para la revisión y aprobación por parte del órgano desconcentrado, la unidad orgánica de la Contraloría o el OCI, a cargo del Control Concurrente, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles contados a partir del día hábil siguientes de recibido; vencido el plazo antes mencionado sin la correspondiente aprobación del Informe de Hito de Control, éste se da por aprobado, sin perjuicio de las responsabilidades a las que haya lugar.

2.1.6.2. Informe del Control Concurrente. El Informe de Control Concurrente, es preparado por la comisión de control una vez finalizada la ejecución del Control Concurrente, señalando las situaciones adversas identificadas en el último hito, las cuales se son de forma clara, precisa y objetiva, donde se señalan sus elementos, la evidencia que las sustentan e incluyen sus conclusiones y la recomendación general a la que haya lugar. Asimismo, si no se hayan identificado situaciones adversas, se deja constancia de ello, detallando la evaluación realizada. El plazo máximo para la elaboración es de diez (10) días hábiles desde concluida la etapa de ejecución, según el cronograma en el Plan de Control Concurrente. El Informe de Control

Concurrente también incluye el listado de las situaciones adversas identificadas en cada uno de los Informes de Hito de Control previamente emitidos, detallando las acciones preventivas y correctivas adoptadas y comunicadas por la entidad o dependencia, y aquellas que respecto de las cuales no se ha comunicado acción alguna. El Informe de Control Concurrente es suscrito por el jefe y el Supervisor de la Comisión de Control y elevado para la revisión y aprobación, bajo responsabilidad, por parte del órgano desconcentrado, la unidad orgánica de la Contraloría o el OCI, a cargo del Control Concurrente, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de recibido.

2.1.7. Visita de control

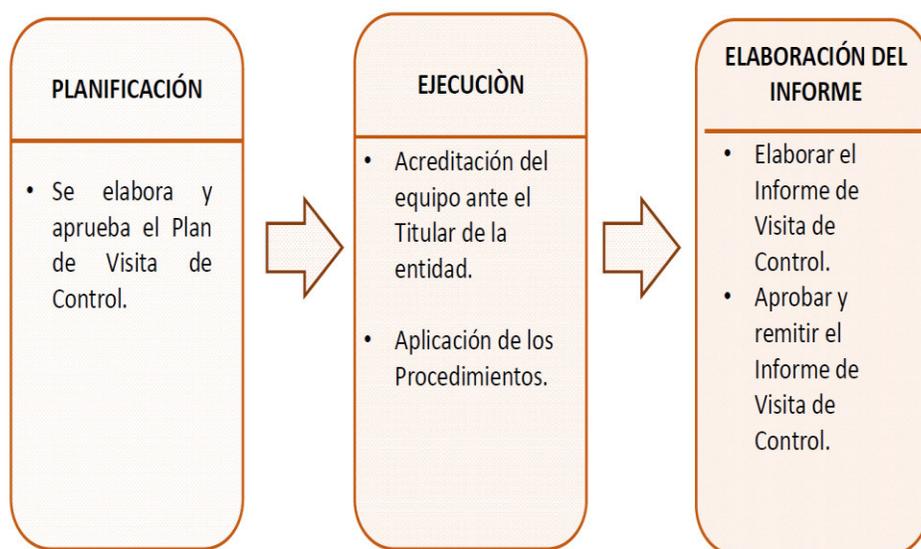
2.1.7.1. Definición. La Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, indica que “Es una modalidad de Control Simultáneo, en la cual se aplica principalmente, las técnicas de inspección u observación de una actividad o un único hito de control que forma parte de un proceso en curso, en el lugar y momento de su ejecución, a efecto de constatar si se efectúa conforme a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales u otra análoga que resulten aplicables, e identificar, de ser el caso, alguna situación adversa que afecte o puede afectar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivos del procesos, y comunicarla a la entidad o dependencia a cargo del proceso en curso, para la adopción de las acciones preventivas o correctivas que correspondan”.

2.1.7.2. Planificación. La unidad orgánica de la Contraloría o el OCI a cargo de la visita de control, elabora y aprueba el Plan de Visita de Control, que contiene entre otros aspectos, los objetivos, el alcance y los procedimientos a ejecutar. El plazo para el desarrollo del plan de visita de control es de hasta tres (3) días hábiles de iniciada la etapa de planificación.

2.1.7.3. Ejecución. Se desarrollan los procedimientos establecidos en el Plan de Visita de Control, inicia con la acreditación de la comisión de control ante el titular de la entidad o el responsable de la dependencia, cuando el servicio está a cargo de una unidad orgánica competente de la Contraloría o el OCI. La comisión de control puede desarrollar procedimientos alternativos y complementarios, de estimarlo necesario. El desarrollo de los procedimientos se documenta utilizando Cédulas de Trabajo.

2.1.7.4. Elaboración del informe. El Informe de Visita de Control es elaborado por la Comisión de Control una vez concluida la etapa de ejecución, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, y contiene el detalle de las situaciones adversas identificadas en la actividad, se describen de forma objetiva, clara y precisa. Durante la etapa de ejecución de la visita de control se emiten reportes de avance ante situaciones adversas, el detalle debe ser considerado en el informe de visita de control, detallando si las situaciones adversas en estos subsisten, o detallando las acciones que al respecto han sido adoptadas y comunicadas.

2.1.7.5. Etapas de la visita de control. El documento con el cual la Contraloría remite el informe al Titular de la entidad, debe indicar el OCI al que se encarga el seguimiento, evaluación y registro de las acciones para el tratamiento de los riesgos, así como el plazo en el que la entidad debe remitir dicha información al OCI.

Figura 2*Etapas de la visita de control*

Nota. Fuente: Farfán (2018). Control simultáneo. Lima: Contraloría General de la República.

2.1.8. Orientación de oficio

2.1.8.1. Definición. La Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG, indica que “Es la modalidad de Control Simultáneo por la cual se efectúa principalmente la revisión documental y el análisis de información vinculada a una o más actividades de un proceso en curso, con la finalidad de verificar si éstas se efectúan conforme a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales u otra análoga que resulten aplicables, e identificar alguna situación adversas que afecte o puede afectar la continuidad, el resultado o el logro de los objetivo del proceso, y comunicarla a la entidad o dependencia a cargo del proceso en curso, a fin que ésta adopte las acciones preventivas y correctivas.

2.1.8.2. Ejecución de la orientación de oficio. Se inicia con el registro en el aplicativo informático, se ejecuta como sigue. Se determina una o varias actividades de un proceso en curso. De ser el caso, se requiera información a ser proporcionada por la entidad o dependencia sujeta a

la orientación de oficio, se cursa la solicitud. Con la información necesaria, se procede a la revisión y análisis de la misma.

2.1.8.3. Informe de orientación de oficio. Si se identifica alguna situación adversa, se prepara el Informe de Orientación de Oficio, el cual se caracteriza por ser abreviado y contener el detalle sucinto de la actividad o actividades evaluadas dentro de los alcances de la Orientación de Oficio. El Informe de Orientación de Oficio se comunica de forma oportuna al Titular de la entidad o al responsable de la dependencia.

2.1.9. Operativo de Control Simultáneo

2.1.9.1. Definición. Es una intervención de carácter masivo que se realiza en paralelo, con un objetivo común, o a un conjunto determinado de entidades o dependencias, sobre un mismo hito de control o actividad de un proceso en curso, empleando la modalidad de visita de control. Se desarrolla por las unidades orgánicas, órganos desconcentrados de la Contraloría y los OCI.

2.1.9.2. Planificación. El responsable elabora el plan del operativo, es el marco general a partir del cual se elaboran los planes de visita de control para las entidades o dependencias comprendidas en su alcance. El plan contiene los datos del proceso, la finalidad, los objetivos, la base normativa, el alcance, la información de las entidades o dependencias comprendidas en el operativo (en los casos que corresponda, se indica la técnica de muestreo utilizada), los procedimientos a ejecutar, los plazos y los recursos necesarios para la realización del operativo de control simultáneo.

2.1.9.3. Ejecución. El inicio de su ejecución, es comunicada por el Contralor General de la República al Titular de cualquiera de los poderes del estado, sectores u organismos constitucionalmente autónomos en cuyo ámbito se encuentran las entidades o dependencias comprendidas en el operativo de control simultáneo.

2.1.10. Elaboración del informe

Concluida la etapa de ejecución del operativo de control simultáneo, los correspondientes informes de visita de control emitidos y tramitados, son remitidos al día siguiente de su aprobación al responsable del Operativo de Control Simultáneo.

El responsable del Operativo de Control Simultáneo en un plazo máximo de diez (10) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de recibidos los Informes de Visita de Control, elabora y suscribe el Informe del Operativo de Control Simultáneo, dando cuenta de los detalles consolidados de las principales situaciones adversas. El Informe es elevado para la revisión y aprobación por parte del nivel superior jerárquico del cual depende, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de recibido.

2.1.11. Riesgo en el Control Interno

De acuerdo a la Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG de 30 de octubre de 2006, se establecen los preceptos sobre riesgos en el control interno:

2.1.11.1. Concepto de riesgo. La posibilidad de que ocurra un evento adverso que afecte el logro de los objetivos. El componente evaluación de riesgos abarca el proceso de identificación y análisis de los riesgos a los que está expuesta la entidad para el logro de sus objetivos y la elaboración de una respuesta apropiada a los mismos. La evaluación de riesgos es parte del proceso de administración de riesgos, e incluye: planeamiento, identificación, valoración o análisis, manejo o respuesta y el monitoreo de los riesgos de la entidad. La administración de riesgos es un proceso que debe ser ejecutado en todas las entidades. El titular o funcionario designado debe asignar la responsabilidad de su ejecución a un área o unidad orgánica de la entidad. Asimismo, el titular o funcionario designado y el área o unidad orgánica designada deben definir la metodología, estrategias, tácticas y procedimientos para el proceso de administración de riesgos.

2.1.11.2.Planeamiento de la administración de riesgos. Es el proceso de desarrollar y documentar una estrategia clara, organizada e interactiva para identificar y valorar los riesgos que puedan impactar en una entidad impidiendo el logro de los objetivos. Se deben desarrollar planes, métodos de respuesta y monitoreo de cambios, así como un programa para la obtención de los recursos necesarios para definir acciones en respuesta a riesgos.

2.1.11.3.Identificación de los riesgos. En la identificación de los riesgos se tipifican todos los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos de la entidad debido a factores externos o internos. Los factores externos incluyen factores económicos, medioambientales, políticos, sociales y tecnológicos. Los factores internos reflejan las selecciones que realiza la administración e incluyen la infraestructura, personal, procesos y tecnología.

2.1.11.4.Valoración de los riesgos. El análisis o valoración del riesgo le permite a la entidad considerar cómo los riesgos potenciales pueden afectar el logro de sus objetivos. Se inicia con un estudio detallado de los temas puntuales sobre riesgos que se hayan decidido evaluar. El propósito es obtener la suficiente información acerca de las situaciones de riesgo para estimar su probabilidad de ocurrencia, tiempo, respuesta y consecuencias.

2.1.11.5.Respuesta al riesgo. La administración identifica las opciones de respuesta al riesgo considerando la probabilidad y el impacto en relación con la tolerancia al riesgo y su relación costo- beneficio. La consideración del manejo del riesgo y la selección e implementación de una respuesta son parte integral de la administración de los riesgos.

2.1.11.6.Evaluación de riesgos. Clasificación:

A. Riesgo estratégico. Se asocia con la forma en que se administra la Entidad: Focalización, control de resultados y articulación de otras entidades.

B. Riesgos Financieros. Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad: Gestión administrativa, proceso de logística, tesorería.

C. Riesgos de Cumplimiento. Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad: ejecución de procesos, ejecución contractual en forma transparente.

D. Riesgos de Tecnología. Se asocian con la capacidad de la Entidad para que la tecnología disponible satisfaga las necesidades actuales y futuras de la entidad y soporte el cumplimiento de la misión: Proceso de Gestión de Tecnologías de Información y comunicaciones.

2.1.12. Base legal

2.1.12.1.Ley N° 28716 de Control Interno de las entidades del Estado. Establece la Implantación obligatoria por todas las entidades del Estado del Sistema de Control Interno. Establece las obligaciones del titular y funcionarios. Establece las competencias de la CGR y los OCIs.

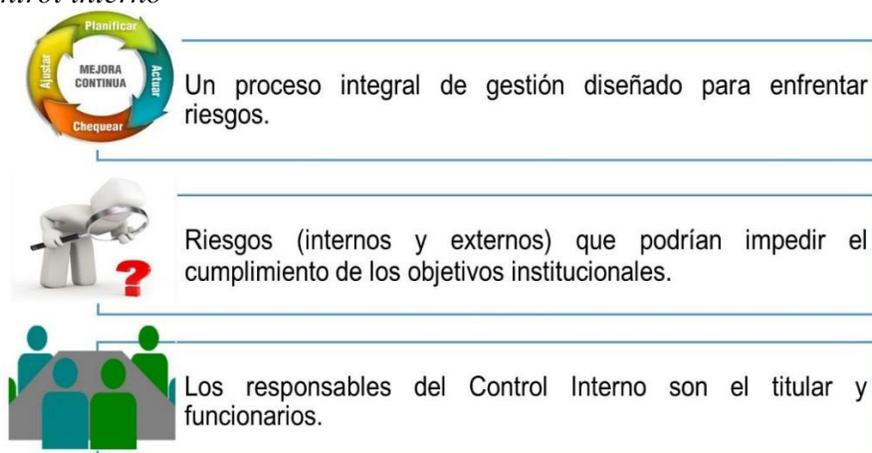
2.1.13. Sistema de Control Interno

Es un proceso integral efectuado por el titular, funcionarios y servidores de la entidad, diseñado para enfrentar a los riesgos y para dar seguridad razonable, de que, en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los objetivos gerenciales.

El sistema de control interno es el conjunto acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos incluyendo la actitud de las autoridades y personal, organizados e instituidos en cada entidad para la consecución de los objetivos institucionales.

Figura 3

Sistema de control interno



Nota. Fuente: Normas de Control Interno, aprobadas con RC N° 320-2006-CG.

La Ley N° 28716, Ley de Control Interno de la Entidades del Estado, define como sistema de control interno al “conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, organización, procedimientos y métodos, incluyendo la actitud de las autoridades y el personal, organizados e instituidos en cada entidad del Estado, para la consecución de los objetivos institucionales que procura”. Asimismo, la Ley refiere que sus componentes están constituidos por:

2.1.13.1.El ambiente de control. Entendido como el entorno organizacional favorable al ejercicio de prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas para el funcionamiento del control interno y una gestión escrupulosa.

2.1.13.2.La evaluación de riesgos. Deben identificar, analizar y administrar los factores o eventos que puedan afectar adversamente el cumplimiento de los fines, metas, objetivos, actividades y operaciones institucionales.

2.1.13.3.Las actividades de control gerencial. Son las políticas y procedimientos de control que imparte el titular o funcionario que se designe, gerencia y los niveles ejecutivos

competentes, en relación con las funciones asignadas al personal, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

2.1.13.4.Las actividades de prevención y monitoreo. Referidas a las acciones que deben ser adoptadas en el desempeño de las funciones asignadas, con el fin de cuidar y asegurar respectivamente, su idoneidad y calidad para la consecución de los objetivos del control interno.

2.1.13.5.Los sistemas de información y comunicación. A través de los cuales el registro, procesamiento, integración y divulgación de la información, con bases de datos y soluciones informáticas accesibles y modernas, sirva efectivamente para dotar de confiabilidad, transparencia y eficiencia a los procesos de gestión y control interno institucional.

2.1.13.6.El seguimiento de resultados. Consistente en la revisión y verificación actualizadas sobre la atención y logros de las medidas de control interno implantadas, incluyendo la implementación de las recomendaciones formuladas en sus informes por los órganos del SNC.

2.1.13.7.Los compromisos de mejoramiento. Por cuyo mérito los órganos y personal de la administración institucional efectúan autoevaluaciones para el mejor desarrollo del control interno e informan sobre cualquier desviación deficiencia susceptible de corrección, obligándose a dar cumplimiento a las disposiciones o recomendaciones que se formulen para la mejora u optimización de sus labores.

La Administración y el Órgano de Control Institucional forman parte del sistema de control interno de conformidad con sus respectivos ámbitos de competencia. Fuente: Ley N° 28716 Ley de Control Interno de las entidades del Estado y Marco Integrado COSO, recogida en las Normas de Control Interno aprobada con RC N° 320-2006-CG.

2.1.14. El control gubernamental

Las Normas Generales de Control Gubernamental aprobada mediante Resolución de Contraloría N.º 273-2014-CG de 12 de mayo de 2014, son las disposiciones de obligatorio cumplimiento, desarrolladas a partir de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, Ley N° 27785, que regulan el ejercicio del control gubernamental; brindando dirección y cobertura para su realización.

Las normas de control gubernamental establecen en su numeral VI, las “Normas de servicios de control simultáneo”, señalando: “Los servicios de control simultáneo son aquellos que se realizan a la(s) actividad(es) de un proceso en curso, correspondiente a la gestión de una entidad sujeta a control gubernamental con el objeto de alertar a la entidad de hechos que ponen en riesgo al resultado o logro de sus objetivos.

2.1.14.1.Ámbito de aplicación del ejercicio del control gubernamental.

A. Gobierno Central, sus entidades y órganos bajo cualquier denominación del Poder Ejecutivo. Gobiernos Regionales y Locales, sus instituciones y empresas.

B. Organismos autónomos e instituciones de derecho público.

C. Organismos reguladores de los servicios públicos y supervisores de compromisos de inversión.

D. Empresas del Estado.

E. Entidades privadas, no gubernamentales y entidades internacionales, por los recursos que perciban o administren.

Fuente: Ley 27785 - Art. 3º.-

2.1.15. Calidad de prestación de servicios

2.1.15.1.Concepto de calidad. En los negocios, la ingeniería y la manufactura, la calidad se entiende prácticamente como la inferioridad o superioridad de algo; También se define como

apto para su uso (apto para su propósito) y al mismo tiempo cumple con las expectativas del cliente. La calidad es un rasgo percibido, condicionado y algo subjetivo que puede ser interpretado de manera diferente por diferentes personas. Los consumidores pueden centrarse en la calidad de la especificación de un producto / servicio o en cómo se compara con la competencia en el mercado. Los fabricantes pueden medir con precisión la calidad del cumplimiento o qué tan bien se producen los productos / servicios. El personal de soporte puede medir la calidad siempre que el producto sea confiable, útil o duradero. (Miranda et al., 2013, p. 39).

El concepto moderno de "calidad" ha sido definido como "amplitud para el uso" o como el "cumplimiento de los requisitos de los consumidores o clientes". En este último sentido los requisitos son las características reales o sustitutos de la calidad, donde los primeros son los que producen la satisfacción del consumidor, en tanto que los segundos son las condiciones para que existan los anteriores. (Miranda et al, 2013). Es decir: la adecuada para utilización o uso; y la que guarda conformidad con las especificaciones.

Trabajar con calidad consiste en servir, diseñar y producir un servicio o un bien que sea se utilidad, al precio más económico posible y que logre un buen nivel de satisfacción para el cliente (Ishikawa, 1993).

2.1.15.2. Definición de calidad de atención. La calidad de la atención se define como la diferencia entre la expectativa o expectativa de los clientes sobre el servicio o producto que esperan recibir y su percepción del servicio brindado por la empresa. Cobra (2015) afirma que “el concepto de calidad de servicio no posee una definición específica, puesto que es el consumidor quien determina qué es la calidad” (p. 141).

Para Ruiz-Olalla (2011) la calidad de servicio “es un término capaz de acoger significados muy diversos. En este caso, el servicio debe entenderse como todos los servicios de consultoría

cualitativa o cuantitativa que acompañan al servicio principal, ya sea que incluya un producto o un servicio. A medida que las organizaciones tienen dificultades para encontrar una ventaja competitiva, más tienen que buscar el servicio como una fuente de diferencia duradera” (párr. 6).

Así mismo, el autor Quijano (2014) indicó que la calidad de servicio “significa entregar correcta y oportunamente el servicio acordado” (párr. 13).

Por tanto, “para que la calidad de servicio sea adecuada, es necesario centrarla en las necesidades y deseos de los clientes y en la búsqueda continua por exceder sus expectativas. Adicionalmente estos estándares de calidad deben ser fijados en base a las expectativas de los clientes, teniendo presente el desempeño de aquellas empresas del mercado que sean los mejores competidores.” (Pontón, 2013, párr. 13)

En síntesis, por razones prácticas, calidad es cumplir con los requerimientos. Tales requerimientos tienen un costo que representa valor para el cliente. Los requerimientos son las características solicitadas por el cliente.

2.1.15.3.Importancia de la calidad de atención. La calidad de la atención es importante porque crea la satisfacción del cliente a través del desempeño de personal capacitado y un compromiso con la excelencia y la calidad del servicio o producto. “La calidad, entendida como un conjunto de características que debe satisfacer un servicio, siempre ha existido. Quizás la diferencia más importante es que en el pasado, los servicios solían ser provistos con muchas fluctuaciones en términos de calidad y trato a los clientes, y en un precio alto: El cliente tuvo que aguantar todo porque no lo hizo ¿Existe una alternativa mejor? Una alternativa a la contratación con otros servicios” (Colunga, 1995, p. 9).

2.1.15.4.Atributos de la calidad de servicio. Atributos de la calidad del servicio relacionados con la forma en que los consumidores definen y evalúan la calidad. “La calidad del

servicio tiene dos atributos que los proveedores de servicios deben comprender para diferenciarse de la competencia. El primero es “La calidad la determina el cliente, no el vendedor el producto "y el segundo es" El cliente evalúa la calidad del servicio comparando sus expectativas con su percepción de cómo hacerlo” (Stanton et al, 2015, p. 350).

2.1.15.5.Los servicios. Se entiende por servicio a las diversas actividades que responden a cada necesidad de los clientes. Santomá (2008) definió “la calidad de servicio como un concepto subjetivo, que depende de las opiniones de los clientes, y que resulta de la comparación que hace el cliente entre la percepción sobre la prestación del servicio y las impresiones previas al consumo” (p. 19). Heskett et al. (2010) mencionan que “para gestionar un servicio, es importante que todas las partes de la organización que lo conforman se vea reflejado en el cliente, es decir el cliente ingresa a una organización para adquirir un servicio en seguida es influenciado por el trabajo en equipo de la organización, y este se sienta contento” (p. 78). Kotler y Armstrong (2015) explican que “un servicio son los bienes intangibles que una parte ofrece a la otra, sin posicionarse de alguna cosa, esto distingue claramente de lo que es un servicio y un producto” (p. 103).

2.1.15.6.Características de los servicios. Fontalvo y Vergara (2010) indican que “los servicios son bienes intangibles, las cuales facilitan al usuario a saciar alguna necesidad, según sea su caso, es importante tomar en cuenta algunas características de servicios las cuales son:

A. Intangibilidad. Significa que el servicio no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquirido, por lo que supone un mayor riesgo percibido para los consumidores manifestado como el temor a verse insatisfechos tras la adquisición.

B. Inseparabilidad. Significa que su producción es inseparable de su consumo.

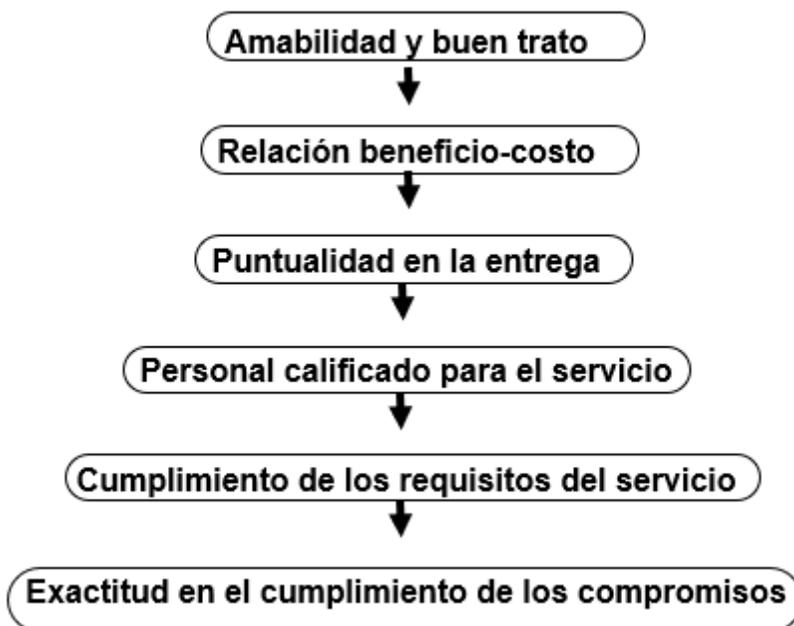
C. Heterogeneidad. Hace referencia a la dificultad de estandarización dada la alta variabilidad potencial en el desempeño de los servicios, así, los resultados de su prestación, pueden ser muy variables de productor a productor, de cliente a cliente, etc.

D. Carácter perecedero. No pueden almacenarse” (p. 26).

2.1.15.7. Medición de los servicios. Es importante generar algunos indicadores para poder medir el servicio los autores Fontalvo y Vergara (2010) proponen que “para lograr la calidad en una organización implica una planificación desde el primer proceso que comprende la organización” (p. 109), luego aplicar los procedimientos administrativos terminando con un control adecuado de todo lo estructurado, para garantizar que se cumpla, también demanda identificar indicadores por las cuales se puedan implementar nuevas actividades que puedan mejorar los procesos. Fontalvo y Vergara (2010) mencionan algunos criterios a tomar en cuenta para implementar un buen servicio, e ir mejorando constantemente (p. 113).

Figura 4

Criterios para un buen servicio



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Berry (2013) menciona, que la participación interna es importante porque afecta a la calidad del servicio que se brinda a los clientes finales, por lo tanto, se deben establecer buenos criterios de trabajo y desarrollarlas dentro de la organización, a todo nivel en lo que a puestos se refiere, de esta manera poder englobar a toda la organización (p. 156).

Parazumaran (2013) menciona que “es importante tomar en cuenta algunos aspectos que permitiría interactuar con mayor facilidad:

A. Comunicación. Hace referencia a experiencias, recomendaciones y percepciones de otros clientes. ¿Cuántas veces nos llama la atención un producto que todos nuestros familiares y amigos nos indican que es muy bueno?

B. Necesidades personales. ¿Qué servicio es el que realmente necesita el cliente?

C. Experiencias anteriores. Las expectativas de los clientes dependen de sus experiencias previas al servicio, por lo que es necesario lograr despertar interés, reconocer la existencia de necesidades o aceptar beneficios, argumentos para luego tomar y ejecutar la decisión.

D. Comunicación externa. Son indicadores ofrecidos por las empresas sobre los servicios que éstas ofrecen, como puede ser, la publicidad o el precio del servicio” (p. 68).

2.1.16. Dimensiones de la calidad de atención

Generalmente el cliente no percibe la calidad entendida como un concepto unidimensional, sino por el contrario se percibe como de múltiples factores.

En ese mismo orden de ideas Zeithaml y Bitner (2009) definen la calidad en atención como “una evaluación dirigida que refleja las percepciones del cliente sobre ciertas dimensiones específicas del servicio: confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y tangibles” (p. 93). Adicionalmente, estas autoras acotan que “ofrecer servicios de calidad ha dejado de ser opcional” (p. 9) debido a que el aumento de la competencia y también el desarrollo tecnológico ponen en

evidencia las estrategias competitivas empresariales y estas no pueden basarse únicamente en los productos físicos, sino que también deben tener en cuenta el servicio que ofrecen, y lo que los hace particulares o diferentes.

2.1.16.1. Modelo SERVQUAL. Como lo indica el nombre de este modelo, SERVQUAL es una medida de la calidad del servicio. Esencialmente es una forma de investigación de mercado estructurada que divide el servicio general en cinco áreas o componentes. “Las características del modelo SERVQUAL en muchos servicios de marketing de libros de texto, generalmente cuando se analiza la satisfacción del cliente y la calidad del servicio. Fue desarrollado a mediados de la década de 1980 por investigadores académicos reconocidos en el campo del marketing de servicios, a saber, Zeithaml, Parasuraman y Berry. Tenga en cuenta que una de sus publicaciones originales ha sido cargada por una universidad”. (Caetano, 2013, p. 108). El modelo SERVQUAL se diseñó inicialmente para su uso en empresas de servicios y minoristas. En realidad, aunque la mayoría de las organizaciones brindan algún tipo de servicio al cliente, en realidad solo las industrias de servicios están interesadas en comprender y medir la calidad del servicio. Por lo tanto, SERVQUAL tiene una perspectiva más amplia del servicio; mucho más allá del simple servicio al cliente. “Uno de los impulsores para el desarrollo del modelo SERVQUAL fueron las características únicas de los servicios (en comparación con los productos físicos). Estas características únicas, como la intangibilidad y la heterogeneidad, hacen que sea mucho más difícil para una empresa evaluar objetivamente su nivel de calidad (a diferencia de un fabricante que puede inspeccionar y probar productos físicos). El desarrollo de este modelo proporcionó a las empresas de servicios y minoristas un enfoque estructurado para evaluar el conjunto de factores que influyen en la percepción de los consumidores sobre la calidad general del servicio de la empresa”. (Caetano, 2013, p. 109).

2.1.16.2. Las cinco dimensiones de SERVQUAL. Como lo sugirieron más tarde los desarrolladores originales del modelo SERVQUAL, la manera fácil de recordar las cinco dimensiones es usando las letras de RATER, como se muestra a continuación:

R = Confiabilidad

A = Garantía

T = Tangibles

E = Empatía

R = capacidad de respuesta

Según el artículo original de la revista académica:

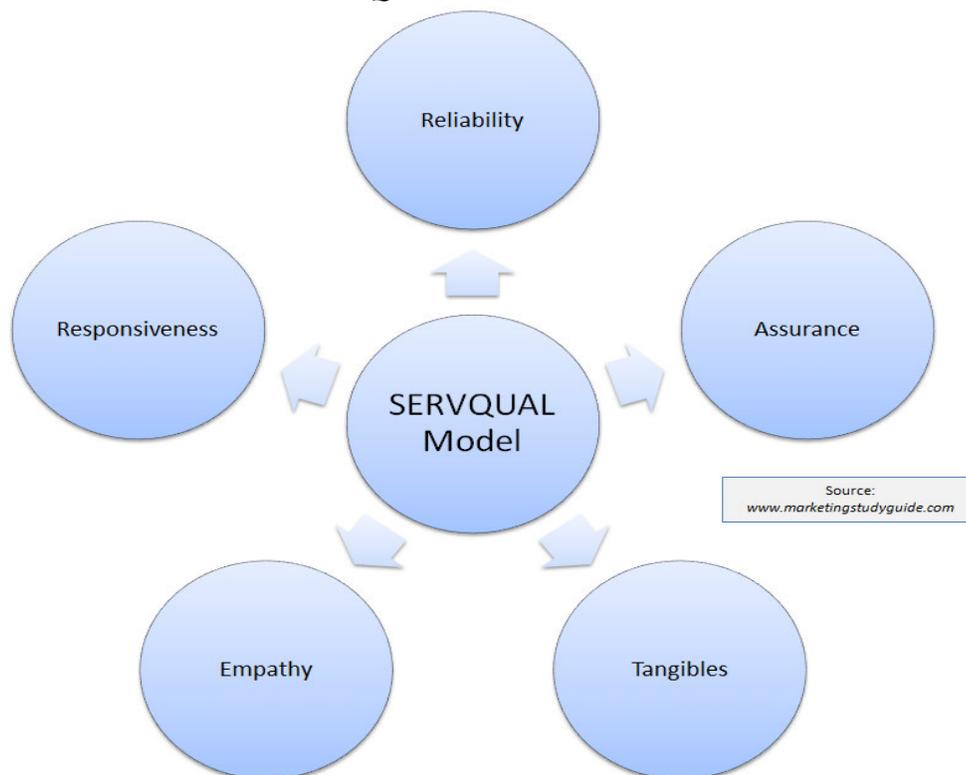
A. Tangibles. Se refiere a las instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal.

B. La confiabilidad. Es la capacidad de la empresa para realizar el servicio de promesa de manera precisa y confiable.

C. La capacidad de respuesta. Es la voluntad de la empresa de ayudar al cliente y brindar un servicio rápido.

D. La garantía. Es el conocimiento y la cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y confianza.

E. La empatía. Es cuidado y atención individualizada a los clientes. (Caetano, 2003).

Figura 5*Las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL*

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

2.1.16.3. Las 22 preguntas de SERVQUAL. Cuando el modelo SERVQUAL fue originalmente desarrollado e investigado, consistía de 22 preguntas (como también se discutió en este sitio web) bajo las cinco dimensiones RATER. Al igual que cualquier investigación académica, siempre hay un debate y modificaciones a lo largo del tiempo de los factores / preguntas apropiados para usar. Tenga en cuenta que originalmente se consideraron 97 factores y solo los que fueron útiles (capaces de discriminar entre empresas) permanecieron en el modelo. Este estudio analizó inicialmente cuatro industrias de servicios diferentes, a saber, banca, tarjetas de crédito, reparaciones y mantenimiento, y compañías telefónicas. (Caetano, 2013).

2.1.16.4. Dos partes del cuestionario de SERVQUAL. El cuestionario SERVQUAL se divide en dos secciones principales:

A. *Se pregunta a los encuestados sobre sus expectativas de la empresa de servicios ideal en esa categoría de servicios.* En este caso, las preguntas se volverían a redactar para indicar una industria en particular, como la banca, los hoteles o la educación. No hay referencia a una firma específica en esta etapa; en su lugar, se pregunta a los encuestados acerca de la empresa ideal para tratar. Esto se hace para enmarcar las expectativas para esa categoría de servicio y establecer un punto de referencia para la comparación. Al trabajar a través de los elementos RATER, se puede ver que habría diferencias significativas en las expectativas en las industrias de servicios. Por ejemplo, para las empresas bancarias, la garantía sería importante, para las empresas médicas, la empatía sería importante, y para los hoteles, lo tangible sería importante.

B. *Luego se pregunta a los encuestados acerca de la calidad de servicio que prestan empresas específicas en esa industria.* Este enfoque le proporciona al investigador: Una comparación de los niveles de calidad de servicio percibidos entre empresas competidoras, La diferencia entre la calidad de servicio esperada y entregada para cada empresa, y La capacidad de profundizar en las 22 preguntas para determinar dónde una empresa específica se desempeña por encima o por debajo de las expectativas o los niveles de calidad de la competencia. (Caetano, 2013).

2.2. Definición de términos

2.2.1. Actividad

Suma de tareas que normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso.

2.2.2. Equipo de control simultáneo

Profesionales acreditados ante el Titular de la entidad o quien haga sus veces, que tiene a su cargo el desarrollo del servicio de control simultáneo. El equipo de control simultáneo adquiere la denominación según la modalidad de control simultáneo que corresponda.

2.2.3. Medidas preventivas

Son las acciones adoptadas por el Titular de la entidad o el funcionario designado, orientadas a mitigar o de ser el caso superar el riesgo que comprometa el resultado o el logro de los objetivos de la entidad.

2.2.4. Riesgo

Es la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso que afecte el resultado o el logro de resultados o los objetivos de la entidad sujeta a control.

III. Método

3.1. Tipo de investigación

La investigación desarrollada tuvo un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo); del mismo modo también la investigación fue de tipo aplicada. Esta investigación fue de Tipo Aplicada, en razón que se utilizarán conocimientos sobre control simultáneo y calidad de la prestación de servicios asistenciales.

Según su alcance la investigación fue descriptiva y correlacional, por cuanto se presenta la realidad actual del tema planteado para la investigación, en lo referido al análisis de su problemática y una probable alternativa de solución; asimismo se buscará establecer la relación entre las variables en estudio.

En cuanto al tipo, la investigación fue de tipo no experimental, pues no se manipularon las variables motivo de investigación.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de este trabajo de investigación se constituye por el personal que labora en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que de acuerdo al Dpto. de Recursos Humanos de dicho nosocomio son un total de 629 empleados.

3.2.1. Muestra

Para definir el tamaño de la muestra se ha utilizado el método probabilístico, aplicando la fórmula siguiente:

$$n = \frac{(p.q) Z^2 \cdot N}{(EE)^2 (N-1) + (p.q) Z^2}$$

Donde:

n: Es el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo, es la variable que se desea determinar.

p, q: Representan la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra. Se asume que p y q tienen el valor de 0.5 cada uno.

Z : Representa las unidades de desviación estándar con una probabilidad de error de 0.07, lo que equivale a un intervalo de confianza de 93% en la estimación de la muestra, por tanto, el valor de Z es igual a 1.96.

N: Es el total de la población, son aquellas personas que darán información valiosa para la investigación, en este caso es 629.

EE: Representa el error estándar de la estimación, que para nuestro caso es de 10%.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2 \times 629)}{((0.05)^2 \times 628) + (0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2)}$$

$$n = 62$$

La muestra estuvo conformada por 62 personas a quienes se les aplicó el instrumento.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 3*Operacionalización de la variable independiente*

Variable independiente

(X): Control simultáneo

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Los servicios de control simultáneo son aquellos que se realizan a la(s) actividad(es) de un proceso en curso, correspondiente a la gestión de una entidad sujeta a control gubernamental, con el objeto de alertar a la entidad de hechos que ponen en riesgo el resultado o logro de sus objetivos (CGR, 2014)	X ₁ : Control concurrente	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento sistemático. • Hitos.
	X ₂ : Visita de control	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de inspección u observación. • Actividad o único hito de control.
	X ₃ : Orientación de oficio	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental. • Análisis de información vinculada a una o más actividades de un proceso en curso.

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Tabla 4*Operacionalización de la variable dependiente*

Variable dependiente

(Y): Calidad de servicios asistenciales

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
“Se define como la diferencia que existe entre las expectativas o proyección que tienen los clientes respecto de un servicio o producto que esperan recibir y sus percepciones respecto del servicio que brinda una empresa”. Cobra (2015)	Y ₁ : Calidad de atención Y ₂ : Satisfacción del usuario Y ₃ : Gestión de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del servicio • Nivel de satisfacción • Manejo de los indicadores de calidad – Calificaciones del servicio

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

3.4. Instrumentos

Se desarrolló una encuesta elaborada en base a los indicadores de las variables, la misma que se aplicó a la muestra calculada y se procedió a gestionar los permisos necesarios para su aplicación.

3.5. Procedimientos

En cuanto al plan de recolección de información, este fue de la siguiente manera:

Ordenamiento y clasificación

Registro manual

Registro computarizado con Excel

Registro computarizado con SPSS V 26

3.6. Análisis de datos

Se procesará la información en el Software Estadístico SPSS 26 y se presentará de la siguiente manera:

Formulación de cuadros con cantidades y porcentajes (absolutos, acumulados, relativos)

Formulación de gráficos

Conciliación de datos

Contrastación de hipótesis

Uso de Chi Cuadrado

IV. Resultados

4.1. Estadística descriptiva: Análisis e interpretación

A continuación, presentamos los resultados de la encuesta aplicada a 62 trabajadores que labora en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en las diversas dependencias.

Utilizamos el software estadístico SPSS V26 para poder ingresar los datos y obtener los resultados esperados los que mostramos a continuación:

Tabla 5

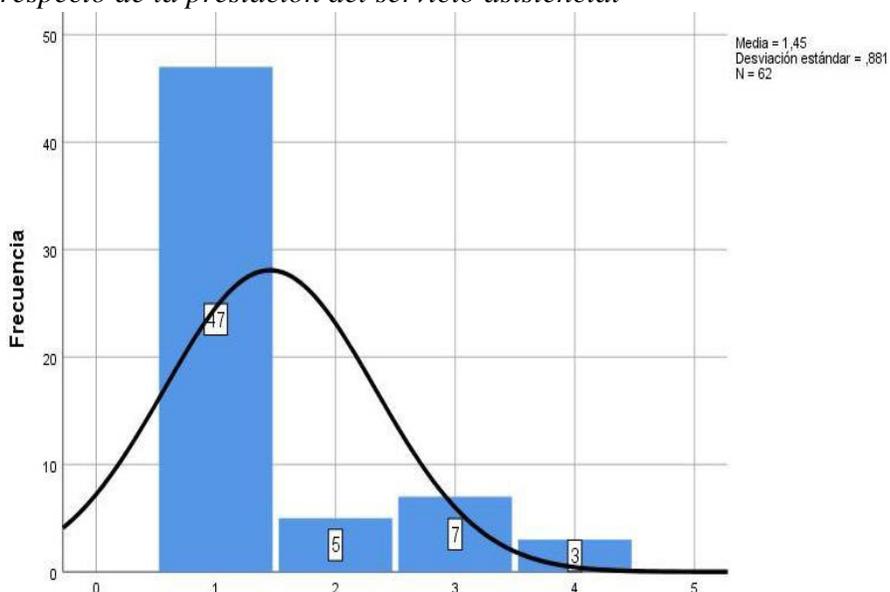
Servicios de control simultáneo realizado por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	47	75,8	75,8	75,8
	De acuerdo	5	8,1	8,1	83,9
	No sabe, no opina	7	11,3	11,3	95,2
	En desacuerdo	3	4,8	4,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 6

Servicios de control simultáneo realizado por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 75.8% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que en la entidad se han realizado servicios de control simultáneo por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial, 8.1% respondió indicando estar de acuerdo, el 11.3% refirió que no sabe ni opina y el 4.8 manifestó estar en desacuerdo respecto de la pregunta realizada.

Tabla 6

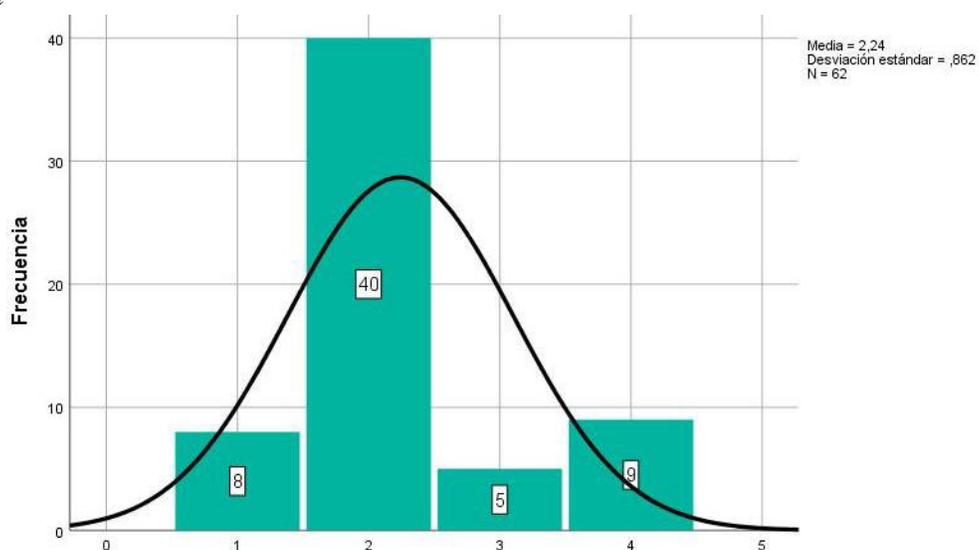
Hechos identificados que vulneran la normativa, disposiciones internas u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	8	12,9	12,9	12,9
	De acuerdo	40	64,5	64,5	77,4
	No sabe, no opina	5	8,1	8,1	85,5
	En desacuerdo	9	14,5	14,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 7

Hechos identificados que vulneran la normativa u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 12.9% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que se han identificado hechos en los que se vulnera la normativa, disposiciones internas u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad, el 64.5% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada, el 8.1% refirió que no sabe ni opina y el 14.5% estaba en desacuerdo respecto de la pregunta realizada.

Tabla 7

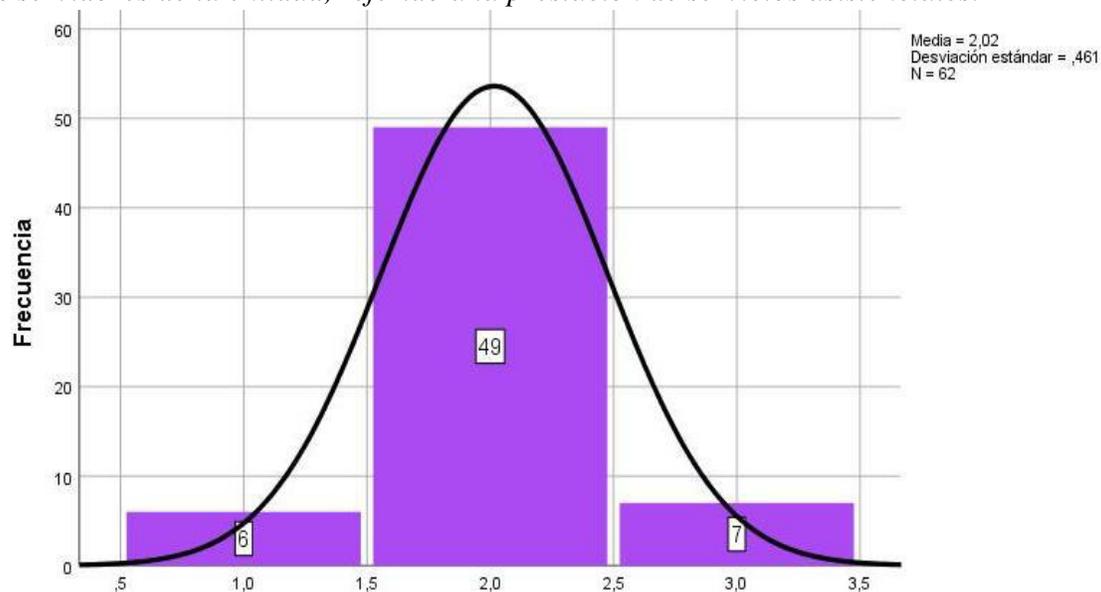
El personal de OCI ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad, referido a la prestación de servicios asistenciales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	6	9,7	9,7	9,7
	De acuerdo	49	79,0	79,0	88,7
	No sabe, no opina	7	11,3	11,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 8

El personal de OCI ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad, referido a la prestación de servicios asistenciales.



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 9.7% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que el personal del OCI ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad referido a la prestación de servicios asistenciales, 79% indicó estar de acuerdo con la pregunta formulada y el 11.3% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

Tabla 8

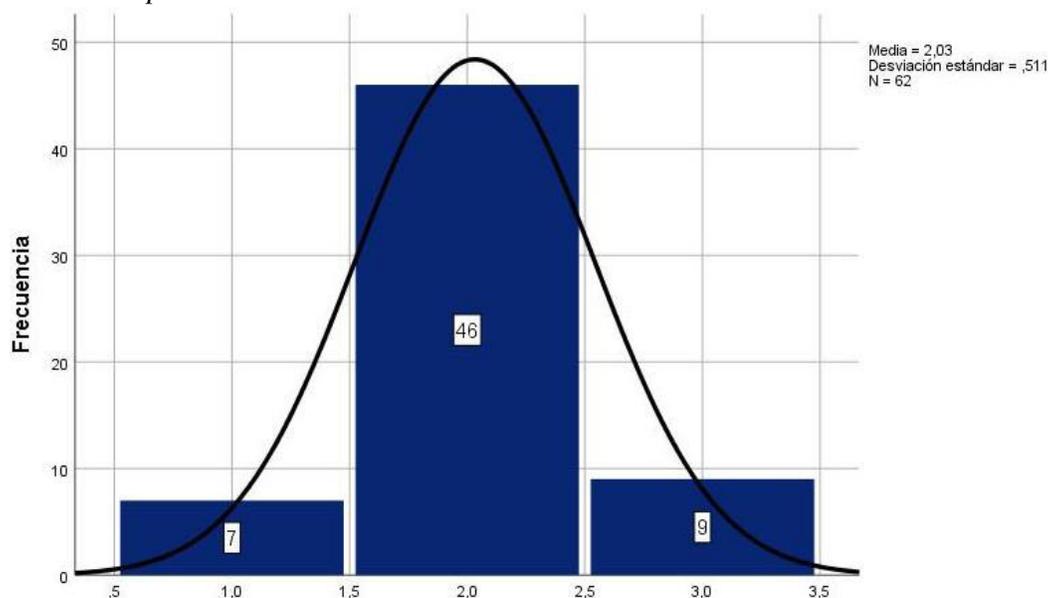
Entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	Muy de acuerdo	7	11,3	11,3	11,3
o	De acuerdo	46	74,2	74,2	85,5
	No sabe, no opina	9	14,5	14,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 9

Entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 11.3% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en cuanto a la entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, y el hecho de que el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias, el 74.2% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada y el 14.5% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

Tabla 9

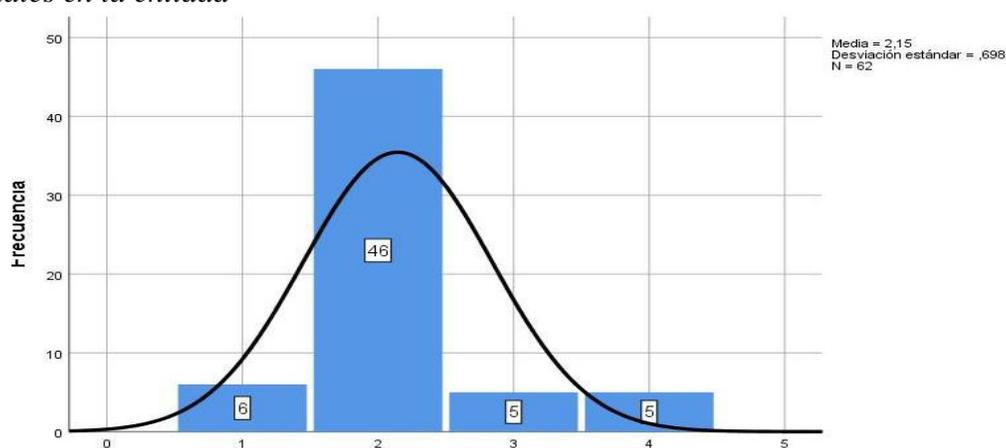
El personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	6	9,7	9,7	9,7
	De acuerdo	46	74,2	74,2	83,9
	No sabe, no opina	5	8,1	8,1	91,9
	En desacuerdo	5	8,1	8,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 10

El personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 9.7% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que el personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, y si realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad, el 74.2% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada, el 8.1% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada y el 8.1% respondió indicando estar en desacuerdo.

Tabla 10

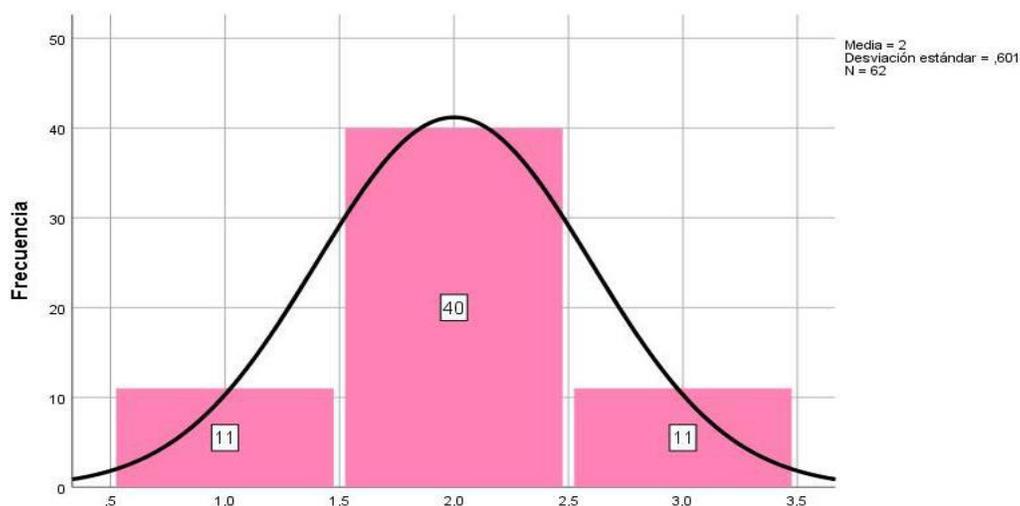
Personal del OCI, realiza una recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la realización de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	11	17,7	17,7	17,7
	De acuerdo	40	64,5	64,5	82,3
	No sabe, no opina	11	17,7	17,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 11

Personal del OCI, realiza una recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la realización de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

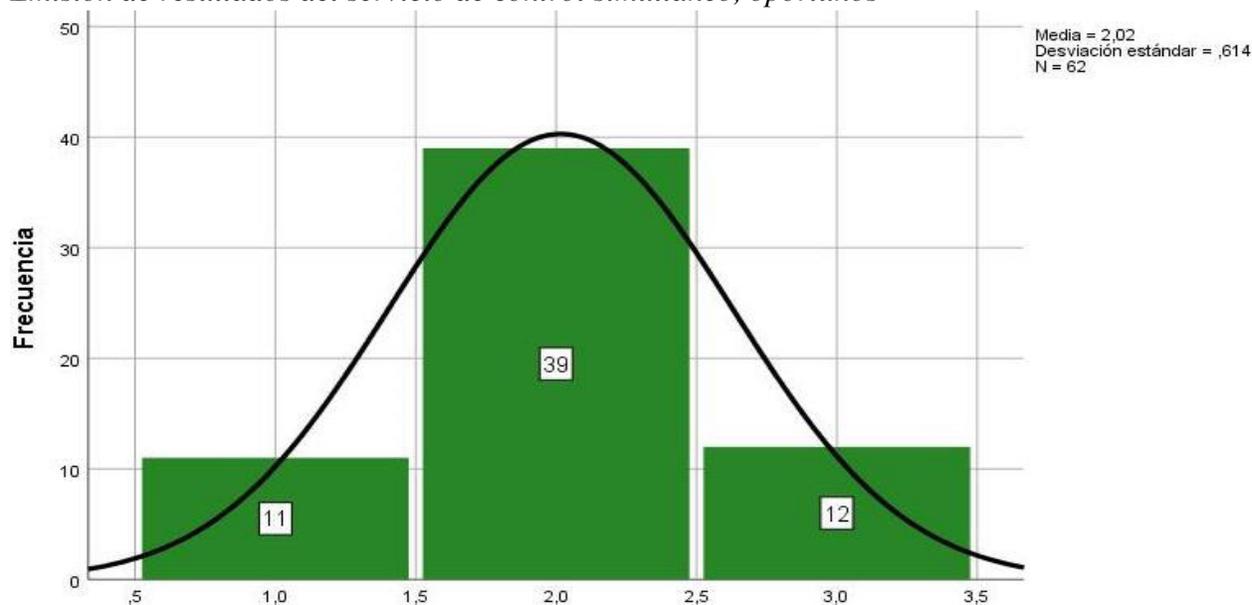
Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 17.7% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que el personal del OCI realiza un recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la ejecución de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales, 64.5% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada y el 17.7% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

Tabla 11*Emisión de resultados del servicio de control simultáneo, oportunos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	11	17,7	17,7	17,7
	De acuerdo	39	62,9	62,9	80,6
	No sabe, no opina	12	19,4	19,4	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 12*Emisión de resultados del servicio de control simultáneo, oportunos*

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 17.7% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que la emisión de los resultados del servicio de control simultáneo al titular de la entidad es oportuna, el 62.9% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada y el 19.4% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

Tabla 12

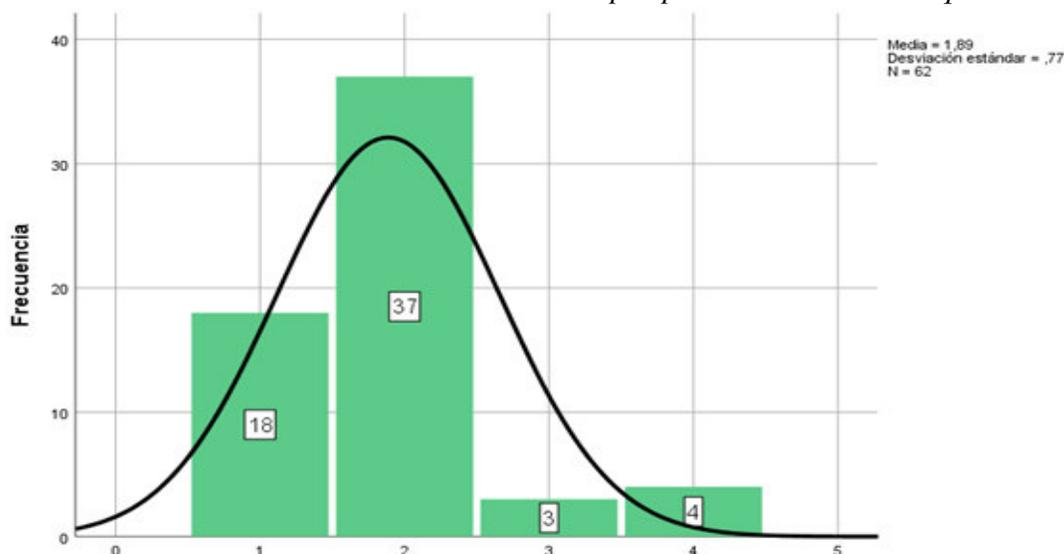
Percepción del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	Muy de acuerdo	18	29,0	29,0	29,0
o	De acuerdo	37	59,7	59,7	88,7
	No sabe, no opina	3	4,8	4,8	93,5
	En desacuerdo	4	6,5	6,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 13

Percepción del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 29% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que si es eficiente la percepción por parte de los usuarios del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden, el 59.7% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada, el 4.8% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada y el 6.5 está en desacuerdo.

Tabla 13

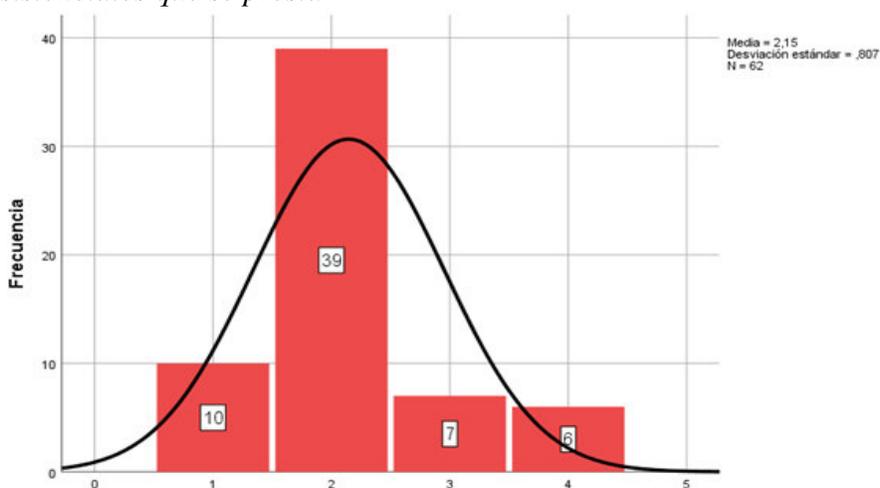
Nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	10	16,1	16,1	16,1
o	De acuerdo	39	62,9	62,9	79,0
	No sabe, no opina	7	11,3	11,3	90,3
	En desacuerdo	6	9,7	9,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 14

Nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 16.1% de encuestados indicó estar muy de acuerdo en que si es bueno el nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta, el 62.9% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada, el 11.3% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada y el 9.7% indicó estar en desacuerdo.

Tabla 14

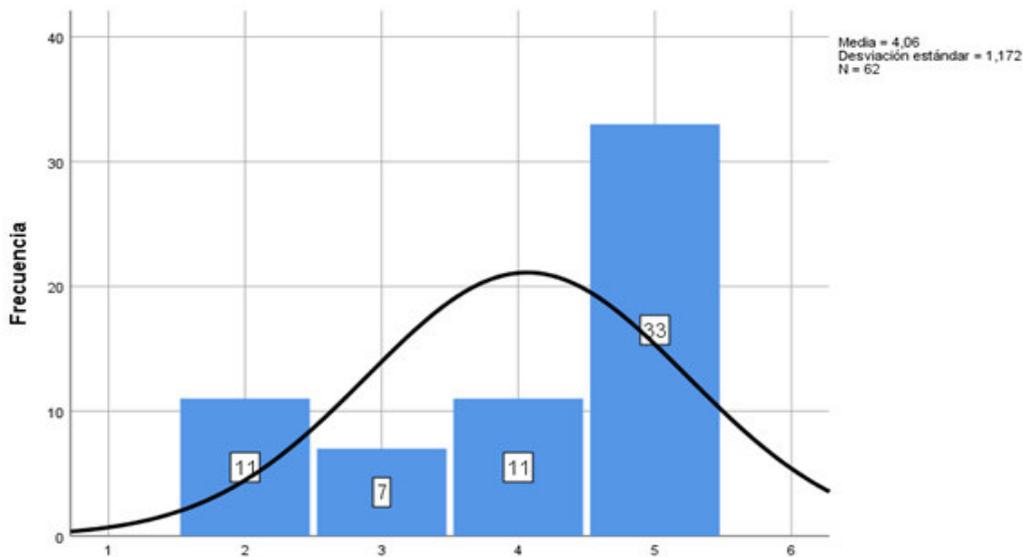
Se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De acuerdo	11	17,7	17,7	17,7
o	No sabe, no opina	7	11,3	11,3	29,0
	En desacuerdo	11	17,7	17,7	46,8
	Muy en desacuerdo	33	53,3	53,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 15

Se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL



Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

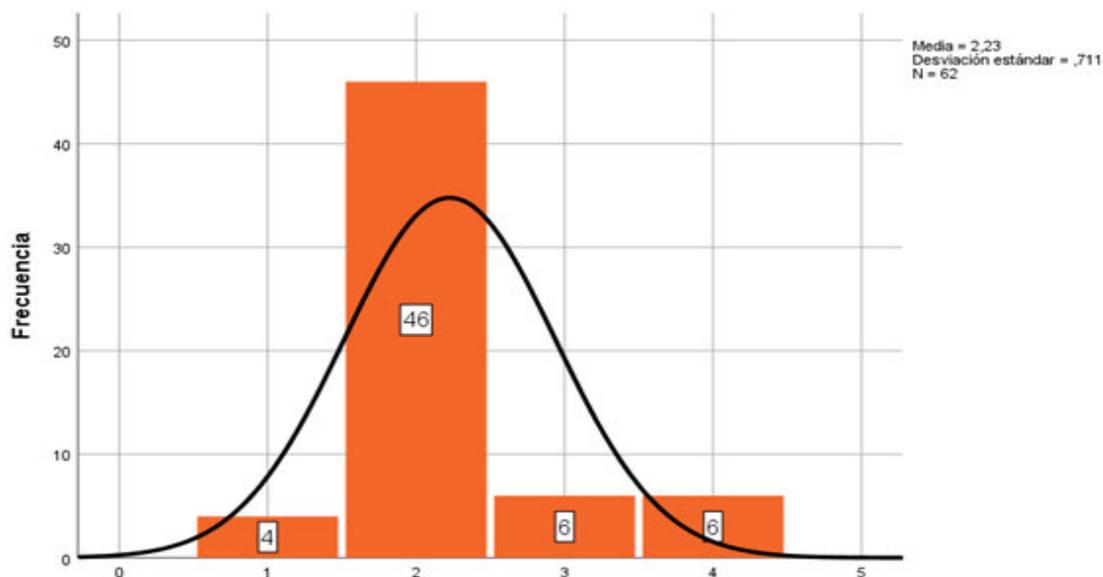
Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 17.7% de encuestados indicó estar de acuerdo en que si se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL, el 17.7% manifestó estar en desacuerdo con la pregunta formulada, el 53.3 estuvo muy en desacuerdo y el 11.3% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

Tabla 15*Prestación del servicio asistencial en el HNAL*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy de acuerdo	4	6,4	6,5	6,5
	De acuerdo	46	74,2	74,2	80,6
	No sabe, no opina	6	9,7	9,7	90,3
	En desacuerdo	6	9,7	9,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Figura 16*Prestación del servicio asistencial en el HNAL*

Nota. Fuente: Elaboración propia (2021).

Interpretación

Respecto de la información procesada y los resultados obtenidos en SPSS V26, se encontraron los resultados siguientes: el 9.7% de encuestados indicó estar en desacuerdo en que la prestación del servicio asistencial en el HNAL es buena, el 74.2% manifestó estar de acuerdo con la pregunta formulada, el 6.4% dijo estar muy de acuerdo y el 9.7% refirió que no sabe ni opina respecto de la pregunta realizada.

4.2. Estadística inferencial

4.2.1. Contrastación de Hipótesis general

- Planteamiento de hipótesis

H^a : La aplicación del control simultáneo puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

H^{0a} : La aplicación del control simultáneo NO puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

- Niveles de significación

$$\alpha = 5\%, X^2_{(4)} = 0.8179$$

- Prueba estad. Correlac.

$$X^2_c = \sum (oi - ei)^2 / ei$$

$$X^2_c = 6,232$$

Donde:

oi: valor que se observa

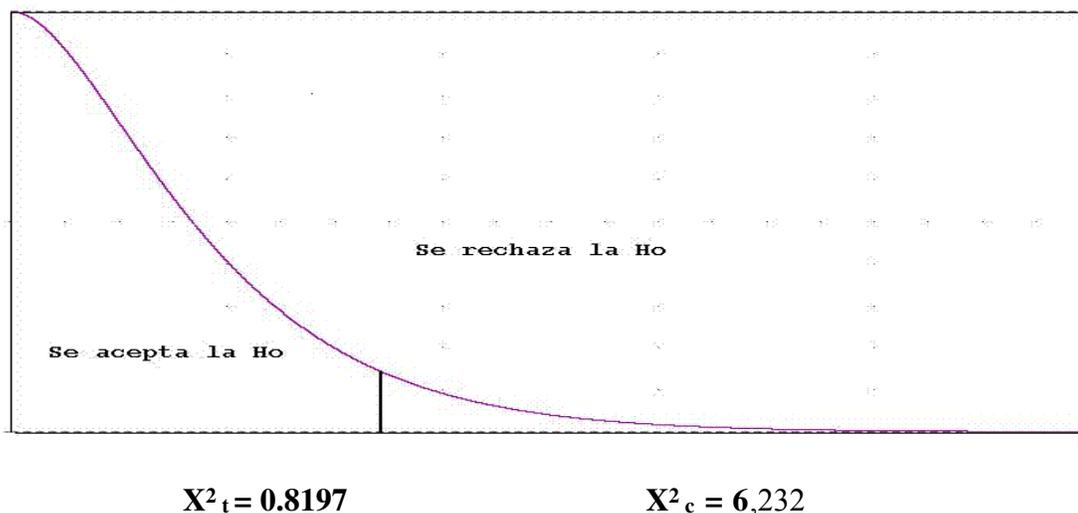
ei: valor esperado

X^2_c : Valor estadístico realizado con información de encuestas y procesados en SPSS V26, y se compara con valores asociados al Nivel de Significancia que se indica en la Tabla de prueba estadística de correlación N° 01.

- Decisión

H_0 se rechaza

Figura 17
Contrastación de hipótesis general



Interpretación

Como el dato calculado ($X^2_c = 6,232$) cae en la zona de rechazo, podemos concluir que a un Nivel de Significancia del 5%, se procede a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis propuesta, es decir; que la aplicación del control simultáneo puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Tabla 16
Prueba estadística de correlación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Pearson Chi-cuadrado	6,232a	6	,001
Prueba de verosimilitud	2,111	6	,001
Casos válidos	62		

Nota. a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada es inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

4.2.2. *Contrastación de Hipótesis específica 1*

- Planteamiento de hipótesis

H^1 : El control concurrente del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

H^{01} : El control concurrente del control simultáneo NO influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

- Niveles de significación

$$\alpha = 5\%, X^2_{(4)} = 0.749$$

- Prueba estad. Correlac.

$$X^2_c = \sum (oi - ei)^2 / ei$$

$$X^2_c = 4,132$$

Donde:

oi: valor que se observa

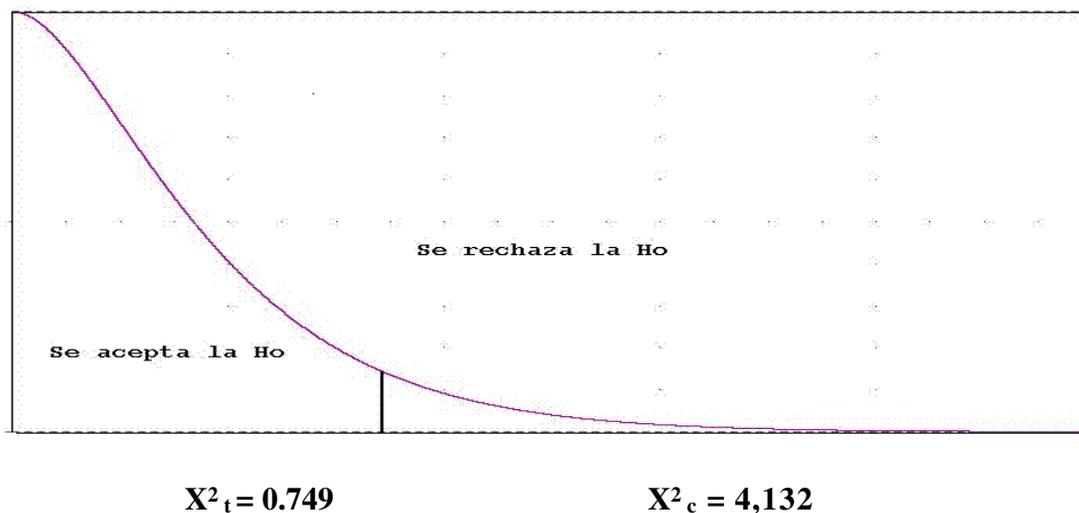
ei: valor esperado

X^2_c : Valor estadístico realizado con información de encuestas y procesados en SPSS V26, y se compara con valores asociados al Nivel de Significancia que se indica en la Tabla de prueba estadística de correlación N° 02.

- Decisión

H_0 se rechaza

Figura 18
Contrastación de hipótesis específica 1



Interpretación

Como el dato calculado ($X^2_c = 4,132$) cae en la zona de rechazo, podemos concluir que a un Nivel de Significancia del 5%, se procede a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis propuesta, es decir que el control concurrente del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Tabla 17
Prueba estadística de correlación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Pearson Chi-cuadrado	4,132 ^a	6	,001
Prueba de verosimilitud	1,881	6	,017
Casos válidos	62		

Nota. a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada es inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

4.2.3. Contrastación de Hipótesis específica 2

- Planteamiento de hipótesis

H^2 : La visita de control del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

H^{02} : La visita de control del control simultáneo NO influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

- Niveles de significación

$$\alpha = 5\%, X^2_{(4)} = 2.148$$

- Prueba estad. Correlac.

$$X^2_c = \sum (oi - ei)^2 / ei$$

$$X^2_c = 7,029$$

Donde:

oi: valor que se observa

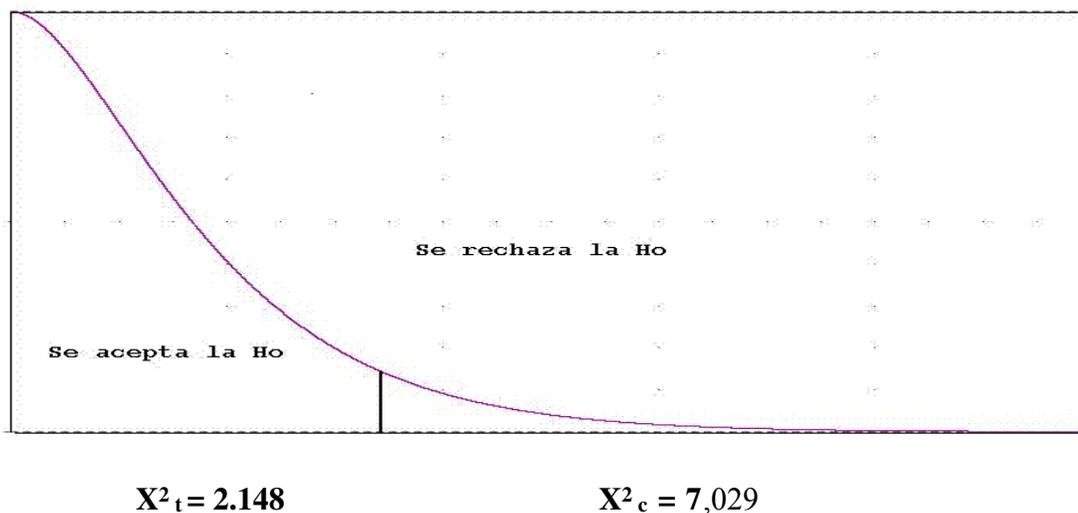
ei: valor esperado

X^2_c : Valor estadístico realizado con información de encuestas y procesados en SPSS V26, y se compara con valores asociados al Nivel de Significancia que se indica en la Tabla de prueba estadística de correlación N° 03.

- Decisión

H_0 se rechaza

Figura 19
Contrastación de hipótesis específica 2



Interpretación

Como el dato calculado ($X^2_c = 7,029$) cae en la zona de rechazo, podemos concluir que a un Nivel de Significancia del 5%, se procede a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis propuesta, es decir que la visita de control del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Tabla 18
Prueba estadística de correlación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Pearson Chi-cuadrado	7,029 ^a	6	,000
Prueba de verosimilitud	1,645	6	,002
Casos válidos	62		

Nota. a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada es inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

4.2.4. Contratación de Hipótesis específica 3

- Planteamiento de hipótesis

H^3 : La orientación de oficio del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

H^{03} : La orientación de oficio del control simultáneo NO influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

- Niveles de significación

$$\alpha = 5\%, X^2_{(4)} = 0.6542$$

- Prueba estad. Correlac.

$$X^2_c = \sum (oi - ei)^2 / ei$$

$$X^2_c = 8,215$$

Donde:

oi: valor que se observa

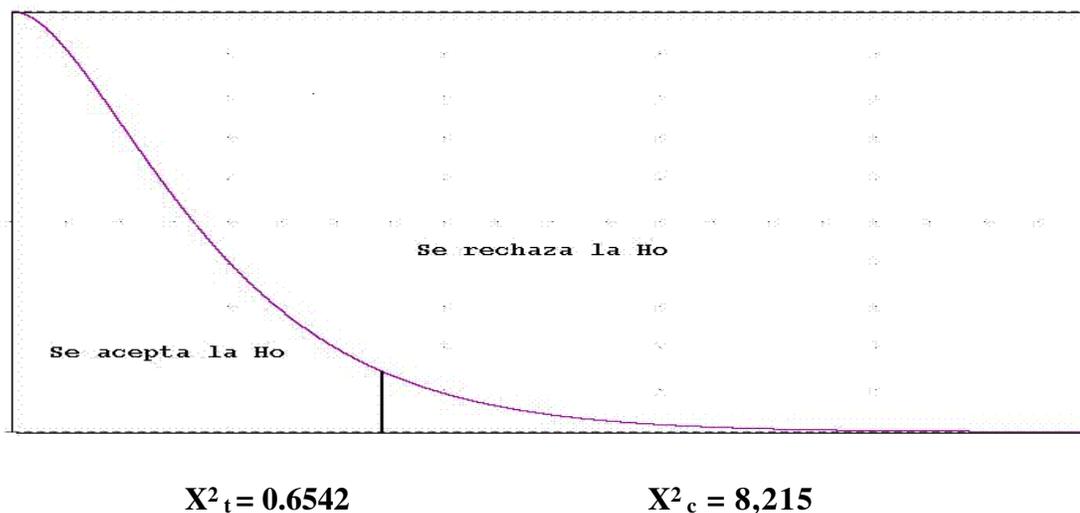
ei: valor esperado

X^2_c : Valor estadístico realizado con información de encuestas y procesados en SPSS V26, y se compara con valores asociados al Nivel de Significancia que se indica en la Tabla de prueba estadística de correlación N° 03.

- Decisión

H_0 se rechaza

Figura 20
Contrastación de hipótesis específica 3



Interpretación

Como el dato calculado ($X^2_c = 8,215$) cae en la zona de rechazo, podemos concluir que a un Nivel de Significancia del 5%, se procede a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis propuesta, es decir que la orientación de oficio del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.

Tabla 19
Prueba estadística de correlación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Pearson Chi-cuadrado	8,215 ^a	6	,000
Prueba de verosimilitud	2,144	6	,001
Casos válidos	62		

Nota. a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada es inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

V. Discusión de resultados

Luego de analizar la información obtenida en la aplicación del instrumento y el cruce de información, podemos indicar entre otros, que se han hallado los siguientes resultados:

En cuanto al control simultáneo, está regulado por la Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG y sus precedentes y modificatorias y contempla como modalidades las siguientes: Control Concurrente, Visita de Control y Orientación de Oficio. Las mismas que son aplicables previa planificación por parte del órgano de control institucional de la institución y también de la Contraloría General de la República. Para ello se aplican las diferentes modalidades de control simultáneo con la finalidad de contribuir oportunamente con la eficiencia, eficacia, transparencia, economía y legalidad en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, de manera que se adopten medidas correctivas o preventivas ante las situaciones suscitadas.

También en cuanto a la calidad de servicios asistenciales podemos indicar que los usuarios a quienes se les brinda el servicio no tienen una buena percepción de que se brinde un buen servicio o de calidad, que existen deficiencias o problemas durante la prestación y que se sienten afectados. No se conoce si hay indicadores de control y de calidad propuestos ni sus resultados, por lo que es importante que se deban implementar.

VI. Conclusiones

- Se pudo determinar que con la aplicación del servicio de control simultáneo se puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- También se pudo establecer que el control concurrente del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Se logró determinar que la visita de control del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Del mismo modo, se pudo establecer que la orientación de oficio del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

VII. Recomendaciones

- Se recomienda que los servidores del HNAL que brinden todo el apoyo posible al órgano de control institucional de la Entidad u la Contraloría, para la ejecución del servicio de control simultáneo pues permite optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el nosocomio y puede contribuir a mejorar la percepción de calidad de servicio y la calidad de vida de los pacientes que se atienden.
- Se sugiere que se programe de manera permanente las visitas de control, la emisión de orientaciones de oficio y la ejecución del control concurrente; modalidades del servicio del control simultáneo; pues influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, al identificarse situaciones adversas en las diversas actividades u procesos que ejecuta la entidad, para que así se adopten medidas correctivas o preventivas.

VIII. Referencias

- Alejo, J. (2017). *Nivel de control interno en la Empresa Prestadora de Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado Distrito Barranca S.A., 2015*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5207/Alejo_BJR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berry, L. (2003). *Un buen servicio ya no basta: cuatro principios del servicio excepcional al cliente*. Editorial Norma.
- Caetano, G. (2013). *Marketing en los servicios de educación: modelos de percepción de calidad*. [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4768/1/T26770.pdf>
- Carmona, G. y Barrios, Y. (2017). Nuevo paradigma del control interno y su impacto en la gestión pública. *Economía y Desarrollo*, 1(141), 152-171.
- Contraloría General de la República. (2006). Normas de Control Interno: Resolución de Contraloría General N° 320-2006-CG (2006). CGR.
- Contraloría General de la República. (2014). Resolución de Contraloría N° 273-2014-CG de 12 de mayo de 2014, que aprueba las normas generales de control gubernamental.
- Contraloría General de la República. (2016). Resolución de Contraloría N° 432-2016-CG de 3 de octubre de 2016 que aprueba la Directiva N° 017-2016-CG/DPROCAL, la cual estuvo vigente desde el año 2016 a marzo de 2019.
- Contraloría General de la República. (2017). Resolución de Contraloría N° 405-2017-CG de 3 de noviembre de 2017, que aprueba la Directiva N° 005-2017-CG/DPROCAL, “Control Concurrente para la Reconstrucción con Cambios”.
- Contraloría General de la República. (2017). Resolución de Contraloría N° 4312-2016-CG. CGR.

Contraloría General de la República. (2019). Normativa sobre control simultáneo. Resolución de Contraloría 115-2019-CG. CGR.

Contraloría General de la República. (2019). Resolución de Contraloría N° 115-2019-CG de 28 de marzo de 2019, que aprueba la Directiva N° 002-2019-CG/NORM (que deja sin efecto la normativa del año 2016), vigente desde el 29 de marzo de 2019 a la actualidad.

Cobra, M. (2015). *Marketing de Servicios. Estrategias para Turismo, Finanzas, Salud y Comunicación* (2ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Colunga, C. (1995). *Calidad en el servicio*. Limusa.

De la Cruz, N. & Delgado, M. (2017). *Influencia del control interno previo y simultáneo en los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios de la caja Maynas, periodo 2010-2014*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4711>

Farfán, S. (2018). *Control simultáneo*. Contraloría General de la República.

Fernández, J. (2010). *El control de las Administraciones Públicas y la lucha contra la corrupción: especial referencia al Tribunal de Cuentas y a la intervención general de la Administración del Estado*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca]. Repositorio institucional de la Universidad de Salamanca. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/76434/DDAFP_Fernandez_Ajenjo_JA_El_control_de_las.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fontalvo, M. & Vergara, S. (2010). *La Gestión de la Calidad en los Servicios ISO 9001:2008*. <https://es.scribd.com/doc/39106172/LIBRO-CALIDAD-EN-LOS-SERVICIOS-ISO-2000-2008-978-84-693-6481-9>

- Grandinetti, R. (2014). *Diseño de organizaciones públicas locales para la gestión de territorios complejos. Hacia una propuesta metodológica* [Tesis de Doctorado, Universidad Politécnica de Valencia]. Repositorio institucional de la Universidad Politécnica de Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=88682&orden=1&info=link>
- Heskett, J., Sasser, W. & Hart, C. (2010). *Cambios creativos en servicios*. Gestión 2000.
- Kotler, P. y Armstrong, G. (2015). *Fundamentos de Marketing*. Prentice Hall.
- Ley N° 28716 de Control Interno de las entidades del Estado (2006).
- Mendoza Z., Delgado C., Garcia P. & Barriero C. (2018). El control interno y su influencia en la gestión administrativa del sector público. *Dominio de las Ciencias*, 4(4), 206-240.
- Miranda, F., Chamorro, A. y Rubio, S. (2013). *Introducción a la gestión de la calidad*. Delta.
- Ortega, A., Padilla, S., Torres, J. & Ruz, A. (2017). Nivel de importancia del control interno de los inventarios dentro del marco conceptual de una empresa. *Liderazgo Estratégico*, 7(1), 71-82.
- Parasuraman, A. (2013). *Calidad total en la gestión de los servicios*. Editorial Díaz de Santos.
- Ponton, H. (2013). Medición de la satisfacción del cliente como parte de la calidad de servicio de los distribuidores de equipos y materiales para el sector de la publicidad exterior en el Municipio Maracaibo. *Coceptum*, 1(1), 34-48.
- Quijano, V. (2014). ¿Qué es la calidad en el servicio? *Gestiopolis*. <http://www.gestiopolis.com/canales/demarketing/articulos/69/calidadeser.htm>
- Rojas, R. (2017). *Control simultáneo y la prevención de la corrupción en las contrataciones de las entidades públicas, en la Contraloría Regional de Huánuco*. [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio institucional de la Universidad de Huánuco. <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/422>

- Ruiz-Olalla, C. (2011). Gestión de la calidad del servicio. *Ciberconta*.
<http://ciberconta.unizar.es/leccion/calidadserv/100.HTM>
- Santomá, R. (2008). *Aspectos de gestión en la calidad de servicio. Una aplicación del concepto Mapping al caso de las cadenas hoteleras*. Universidad Ramon Llull.
- Stanton, W., Etzel, M; & Walker, B. (2015). *Fundamentos de Marketing* (17ª ed.). Mc Graw - Hill Companies.
- Varela, E. (2010). *Gestión y Gobernanza Local en perspectiva comparada: las políticas públicas de modernización administrativa en los gobiernos locales de Galicia y el Norte de Portugal* [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid.
https://www.academia.edu/536675/GESTI%C3%93N_Y_GOBERNANZA_LOCAL_EN_PERSPECTIVA_COMPARADA_LAS_POL%C3%8DTICAS_P%C3%9ABLICAS_DE_MODERNIZACI%C3%93N_ADMINISTRATIVA_EN_LOS_GBIERNOS_LOCALES_DE_GALICIA_Y_EL_NORTE_DE_PORTUGAL
- Vargas, G. (2017). *El tratamiento de riesgos de control simultáneo y su relación con la ejecución presupuestal del gobierno regional de Tacna 2015-2016* [Tesis de pregrado, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio institucional de la Universidad Privada de Tacna.
https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/535/Vargas_Venancio_Guisell.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vidal, J. (2017). *El Control Simultáneo como Nuevo Enfoque de la Auditoría Gubernamental, en la Gestión de Proyectos de Inversión Pública, en la Gerencia Regional de Infraestructura del Gobierno Regional del Callao* [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilazo de la Vega]. Repositorio institucional de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1251/T_M_CONT_MENCION%20AUDITORIA_JAVIER%20AUGUSTO%20VIDAL%20ESCUDERO.pdf?sequence=2&isAllowed=y

IX. Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia

Tabla 20

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿En qué medida el servicio de control simultáneo incide en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar si con la aplicación del control simultáneo se puede optimizar la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La aplicación del control simultáneo puede optimizar significativamente la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p>	<p>Variable Independiente (X): Control simultáneo</p> <p>Variable Dependiente (Y): Calidad de servicios asistenciales</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>- Aplicada</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>- Descriptivo</p> <p>- Explicativo</p> <p>Método:</p> <p>- Cuantitativo</p> <p>Técnicas de recolección de información:</p> <p>- Documental</p> <p>- Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>- Encuesta</p> <p>Fuentes:</p> <p>- Bibliografía</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿De qué manera la modalidad control concurrente del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020?</p> <p>2. ¿En qué forma la modalidad visita de control del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020?</p> <p>3. ¿Cómo la modalidad orientación de oficio del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1. Establecer si la modalidad control concurrente del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p> <p>2. Demostrar si la modalidad visita de control del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p> <p>3. Determinar si la modalidad orientación de oficio del control simultáneo influye en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>1. El control concurrente del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p> <p>2. La visita de control del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p> <p>3. La orientación de oficio del control simultáneo influye significativamente en la calidad de la prestación de servicios asistenciales en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Años 2017-2020.</p>		

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Anexo B. Instrumento Encuesta

Estamos realizando una investigación sobre “**EL CONTROL SIMULTÁNEO Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, AÑOS 2017-2020**”, motivo por el cual le solicitamos que responda, con toda honestidad y veracidad, los espacios en blanco con letra de imprenta o con un aspa (x), según corresponda.

Estimado Señor(a)(ta) lea atentamente cada pregunta, valore y elija una de los cinco posibles niveles de respuestas, considerando que:

RESPUESTAS	Respuestas				
	1	2	3	4	5
Variable: Control simultáneo					
¿En la entidad se han realizado servicios de control simultáneo por parte del personal del Órgano de Control Institucional respecto de la prestación del servicio asistencial?					
¿Se han identificado hechos en los que se vulnera la normativa, disposiciones internas u estipulaciones contractuales de los procesos en la entidad?					
El personal del OCI ¿ha presenciado actos que denotan vulneración del ejercicio público por parte de los servidores de la entidad referido a la prestación de servicios asistenciales?					
En cuanto a la entrega de bienes o prestación de servicios en la entidad, ¿el personal del OCI ha realizado visitas de control a las dependencias?					
El personal del OCI en la ejecución del servicio de control simultáneo, ¿realiza el acompañamiento sistemático a través del control concurrente en los procesos para la prestación de los servicios asistenciales en la entidad?					
El personal del OCI, ¿realiza una recopilación de información a las unidades orgánicas para una revisión documental y análisis de información para la ejecución de la orientación de oficio, de forma que se verifica vulneraciones a la normativa aplicable, disposiciones internas o estipulaciones contractuales referidos a actividades relacionados a la prestación de servicios asistenciales?					
La emisión de los resultados del servicio de control simultáneo al titular de la entidad ¿son oportunos?					
Variable: Calidad de servicios					

RESPUESTAS	Respuestas				
	1	2	3	4	5
¿Es eficiente la percepción del servicio en las atenciones en el HNAL por parte de los usuarios que se atienden?					
¿Es bueno el nivel de satisfacción en las atenciones que brinda al público en el HNAL en cuanto a la calidad de servicios asistenciales que se presta?					
¿Se han formulado en la entidad indicadores que permitan medir la calidad de servicio asistencial que se presta en el HNAL					
¿Podríamos indicar que la prestación del servicio asistencial en el HNAL es buena?					

1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= No sabe, no opina, 4= En desacuerdo, 5= Muy en desacuerdo.

Anexo C. Formato de validación de los instrumentos por jueces o juicio de expertos

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADOS	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					

COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, __ Octubre de 2021

Firma del Experto

D.N.I N°

Teléfono

Anexo D. Confiabilidad del instrumento establecida por experto

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominado: "**EL CONTROL SIMULTÁNEO Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, AÑOS 2017-2020**", tengo que indicar que dicho instrumento es factible de reproducción por otros investigadores. Es decir, los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, serán similares si se volviera a medir las mismas variables en condiciones idénticas. Este aspecto de la razonable exactitud con que el instrumento mide lo que se ha pretendido medir es lo que se denomina la confiabilidad del instrumento, la misma que se cumple con el instrumento de encuesta de este trabajo.

En este sentido, el término confiabilidad del instrumento es equivalente a los de estabilidad y predictibilidad de los resultados que se lograrán. Esta es la acepción generalmente aceptada por los investigadores, lo cual es posible de lograr en este trabajo de investigación.

Otra manera de aproximarse a la confiabilidad del instrumento es preguntarse: ¿Hasta dónde los resultados que se obtendrán con el instrumento constituirán la medida verdadera de las variables que se pretenden medir? Esta acepción del término confiabilidad del instrumento es sinónimo de seguridad; la misma que es factible de lograr con el instrumento de este trabajo de investigación.

Existe una tercera posibilidad de enfocar la confiabilidad del instrumento; ella responde a la siguiente cuestión: ¿cuánto error está implícito en la medición del instrumento? Se entiende que un instrumento es menos confiable en la medida que hay un mayor margen de error implícito en la medición. De acuerdo con esto, la confiabilidad puede ser definida como la ausencia relativa de error de medición en el instrumento; es decir, en este contexto, el término confiabilidad es sinónimo de precisión. En este trabajo se ha establecido un margen de error del 5% que es un porcentaje generalmente aceptado por los investigadores; lo que le da un nivel razonable de precisión al instrumento.

La confiabilidad del instrumento también puede ser enfocada como el grado de homogeneidad de los ítems del instrumento en relación con las variables. Es lo que se denomina la confiabilidad de consistencia interna u homogeneidad. En este trabajo de tiene un alto grado de homogeneidad.

Determinada la confiabilidad del instrumento por el experto:

Lima, octubre del 2021.

Anexo E. Validación de instrumentos

VALIDEZ:

Para validar el presente trabajo de investigación, se someten los test previos y posteriores a juicio de experto, jueces que van a opinar sobre la elaboración de los mismos, dando peso específico a nuestro trabajo; pero, además, se utiliza el coeficiente producto momento de Pearson para ratificar el juicio de experto, cuya fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Y, para precisar con exactitud la correlación entre el ítem y el total de la prueba, se utiliza el corrector de Mc Nemar:

$$r_{McN} = \frac{r + S_t - S_i}{\sqrt{S_t^2 + S_i^2 - 2r + S_t^2 S_i^2}}$$

Donde: S_t^2 : Varianza de los puntajes totales.

S_i^2 : Varianza del ítem.

Si r_{McN} es mayor a 0.35 el ítem se considera válido.

Anexo F. Confiabilidad de instrumentos

CONFIABILIDAD:

La estimación de la confiabilidad de la presente investigación, se encuentra a través del Alpha de Cronbach, cuya fórmula de cálculo es la siguiente:

$$\alpha = 0.9243$$

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde: S_t^2 : Varianza de los puntajes totales.

S_i^2 : Varianza del ítem.

K: Número de ítems.

Anexo H. Medidas de control simultáneo 2017-2020

Tabla 21*Informes de servicio de control simultáneo 2017*

N.º	N.º Informe	N.º de riesgos	Riesgos
1	Informe de visita de control n.º 007-2017-OCI/3763-VC, “Abastecimiento de alimentos al departamento de Nutrición y dietética”	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programación mensual de víveres del departamento de Nutrición y Dietética no viene siendo satisfecha al 100%, en cuanto al cumplimiento de plazos, cantidades y especificaciones, lo que genera riesgo que no se cumpla con el tratamiento dietético nutricional oportuno a los pacientes. 2. Falta de procesos de selección para el departamento de Nutrición y Dietética respecto a alimentos, genera riesgo de desabastecimiento de los mismos, así como direccionamiento a determinados proveedores. 3. Carencia de control de seguridad en los almacenes del departamento de Nutrición y Dietética genera riesgos de pérdida de alimentos.
2	Informe de acción simultánea n.º 009-2017-OCI/3763-AS, “Fondo fijo de caja chica”.	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Algunos Vales provisionales de los fondos para pagos en efectivo son girados para servicios programables no considerados en la Directiva (SOAT), son otorgados sin todas las firmas correspondientes, y son rendidos pasadas las 48 horas, generando riesgo de deficiencias en la administración del fondo 2. Requerimientos de fondos para caja chica vienen siendo tramitados pese a que la mayoría no cuenta con las cotizaciones ni el sello de Almacén acreditando que no hay stock, lo que genera riesgo de mal empleo del Fondo Fijo. 3. Se viene requiriendo sello de la Unidad de Transporte para la rendición de las declaraciones juradas de movilidad, requisito que no está considerado en la directiva de caja chica.
3	Informe de acción simultánea n.º 010-2017-OCI/3763-AS, “Proceso CAS 01-2017”	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. La comisión evaluadora del proceso CAS 01-2017 ha manifestado su voluntad de incinerar información que forma parte del dicho proceso de selección de personal, lo cual es contrario a la obligación de mantener por un periodo no menor de 10 años los libros, registros y documentos para fines de control gubernamental. 2. Proceso CAS 01-2017 no incluyó todas plazas CAS autorizadas en el AIRHSP pese a que cuenta con certificación presupuestaria, con el riesgo que el presupuesto destinado para ello no se ejecute al 100%. 3. Ministerio de economía y finanzas autorizó la creación de 54 registros CAS en el AIRHSP a favor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza solo para el presente año fiscal, siendo necesario adoptar las provisiones necesarias para contar con el presupuesto necesario en el 2018.
4	Informe de visita de control n.º 012-2017-OCI/3763-VC, “Servicio de recojo de residuos sólidos del HNAL”	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Requerimientos logísticos efectuados por la unidad orgánica responsable del manejo de residuos sólidos, no son atendidos oportunamente, afectando la etapa de acondicionamiento del manejo de residuos sólidos. 2. Las áreas asistenciales no cumplen satisfactoriamente la segregación de residuos sólidos, generando riesgo de incremento del costo de su eliminación en el hospital o de contaminación sanitaria, en caso se evacúe como residuo común. 3. Personal asistencial no asiste a capacitaciones sobre segregación que dicta la entidad, pese a que evidencian incumplimientos en dicha materia. 4. Balanza del centro de acopio de residuos sólidos se encuentra inoperativa, lo que obliga a utilizar balanzas provistas por el proveedor, habiéndose verificado descalibración en una de ellas durante la visita realizada por el OCI. 5. Documentación de la empresa proveedora tiene vigencia solo hasta el año 2016, no habiéndose acreditado su actualización, lo que genera el riesgo de que la empresa no cumpla las condiciones para prestar el servicio. 6. Falta de respuesta de DIGEMID a la consulta realizada por el Hospital Loayza, pone en riesgo la determinación oportuna de los requerimientos técnicos para la siguiente convocatoria del servicio de recojo de residuos sólidos.

Nota. Fuente: Portal de la contraloría general de la república - participación ciudadana-búsqueda de informes de control. <https://appbp.contraloria.gob.pe/BuscadorCGR/Informes/Inicio.html>

Total informes del año 2017: 4
Informes de acción simultánea: 2

Total número de riesgos del año 2017: 15

Informes de visita de control: 2

Tabla 22

Informes de servicio de control simultáneo 2018

N.º	N.º Informe	N.º de riesgos	Riesgos
1	Informe de visita preventiva n.º 001-2018-OCI/3763-VP, "Visita preventiva al registro de las pruebas de Papanicolaou"	2	<ol style="list-style-type: none"> Servicio de citología no cumple con verificar los recibos de pago por el servicio de estudio citológico cérvico vaginal en todos los casos, lo cual no garantiza el reembolso o retribución económica de los costos por el HNAL. Departamento de patología clínica no cumple con el procedimiento "Estudio citológico cérvico vaginal" establecido en su MAPRO, en el extremo de no remitir los resultados de las pruebas de papanicolaou al archivo para su ingreso a las historias clínicas, ocasionando que no se garantice que la información médica del paciente se encuentre en dichos documentos médico-legales.
2	Informe de acción simultánea n.º 02-2018-OCI/3763-AS, "Entrega de cargo de la Dirección General RM 031-2018/MINSA"	1	<ol style="list-style-type: none"> El Hospital Loayza sólo ha superado cuatro de los doce riesgos identificados en la transferencia de gestión que se realizó en el año 2016, quedando aún por superar ocho (08) situaciones que generan riesgo para la entidad, particularmente en lo relacionado con el manejo documentario.
3	Informe de acción simultánea n.º 03-2018-OCI/3763-AS, "Servicio de Banco de Sangre"	6	<ol style="list-style-type: none"> Convenio interinstitucional entre centros de hemoterapia y bancos de sangre tipo I y tipo II suscrito por el HNAL pone en situación de conflicto de intereses al jefe del departamento y su ejecución no viene siendo debidamente documentada por el HNAL, situación que no garantiza transparencia, probidad, economía, eficiencia y legalidad. El servicio de banco de sangre ha dejado de exigir el depósito de las garantías por préstamos de unidades, establecidas en su MAPRO, situación que impide al Hospital asegurar la restitución de las unidades de sangre transfundidas. Banco de sangre del HNAL no cuenta con adecuadas medidas de control de acceso a sus recursos y archivos, además de no haber incorporado cámaras de vigilancia conforme a norma, generando riesgo a la integridad de las unidades de sangre, de los bienes, de sus servidores y pacientes. Falta de observancia de los controles aplicables al manejo de las bolsas de sangre para eliminación generan el riesgo de adulteración de la información y eventual sustracción de las mismas para la circulación irregular de productos sanguíneos. Personal del banco de sangre no cumple ni hace cumplir los formatos establecidos por el servicio y la normativa de pronaveas, impidiendo la trazabilidad de la información y de las unidades de sangre. Equipos del servicio presentan deficiencias, adolecen de funcionamiento, y las OTM son parcialmente llenadas, hecho que ocasiona el riesgo de que se vean afectados los servicios que se realizan.
4	Informe de acción simultánea n.º 04-2018-OCI/3763-AS, "Toma de inventario 2017"	4	<ol style="list-style-type: none"> El personal a cargo del inventario de bienes y del etiquetado 2017, no cuenta con contratos de locación u orden de servicio, para cumplir con la toma de inventarios al barrer 2017 de los bienes patrimoniales de la entidad, generando riesgo de deserción y no alcanzar los fines de la toma de inventario. Incumplimiento del cronograma del plan de trabajo de la toma física de inventario de bienes muebles en los ambientes y almacenes del HNAL, pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos de este proceso. No se acredita la devolución de algunos bienes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que fueron trasladados a la clínica señor de los milagros en el año 2016, generando el riesgo de una eventual pérdida. Sistema SIGA patrimonial del HNAL no se encuentra actualizado, generando riesgo de que el proceso de toma de inventario en curso no cuente con, ni genere, información fiable para brindar a los entes rectores.
5	Informe de acción simultánea n.º 05-2018-OCI/3763-AS, "Servicio de mantenimiento de infraestructura en el HNAL"	2	<ol style="list-style-type: none"> Los contratistas de dos de los servicios contratados no habrían cumplido con el plazo de la ejecución contractual, generando que hasta la fecha los ambientes en mantenimiento se encuentren inoperativos sin brindar el servicio asistencial a los pacientes. La entidad devengó en el mes de diciembre del 2017, a cinco (05) servicios de mantenimiento de infraestructura en el HNAL, sin haber sido ejecutados y sin contar con la conformidad del área usuaria.
6	Informe de acción simultánea n.º 006-2018-OCI/3763-AS, "Departamento de farmacia"	9	<ol style="list-style-type: none"> Inexistencia de área de recepción en almacén de ex emergencia, ocasiona el riesgo de que se limite la revisión de los documentos presentados por el proveedor y la revisión de los productos. El área de fórmulas magistrales y set quirúrgicos carece de la zonificación establecida en la norma técnica de salud n.º 122-MINSA/DIGEMID-V.01, ocasionando el riesgo de afectación a la conservación de los materiales que se almacenan, así como de contaminación. Unidades de la UPSS Farmacia, presentan deficiencias en el mantenimiento de su infraestructura, ocasionando el riesgo de afectación a la conservación de lo que se almacena y posibilidad de hurto. Almacén SISMED, no cuenta con área de cuarentena, ocasionando el riesgo de que se puedan ser distribuidos medicamentos con pronto vencimiento y/o deteriorados. Filtración de agua en el almacén del sótano de ex emergencia, ocasiona el riesgo de deterioro de lo que se almacena y que no se conserve las características de los mismos. Apilación de cajas, en los almacenes de la UPSS Farmacia, mayor a la cantidad establecida por el fabricante, genera el riesgo de deterioro y no conservación de las características de calidad de los mismos. Los ambientes de farmacia materno son reducidos, generando el riesgo de pérdida, obstrucción del pasillo de tránsito de pacientes y desorden. Personal que realiza el transporte de productos, en la farmacia SIS, no cuenta con faja dorsal, ocasionando el riesgo que se afecte la seguridad y salud del mismo. Recepción de recetas sin la firma del profesional que lo prescribió, genera el riesgo que se entreguen productos que no correspondan al tratamiento.
7	Informe de visita de control n.º 007-2018-OCI/3763-VC, "Verificación a las adquisiciones"	3	<ol style="list-style-type: none"> Bienes ubicados en las instalaciones del servicio de emergencia sin orden de compra – guía de internamiento, acta de recepción y PECOSAS, genera el riesgo, que los bienes no sean los requeridos por el área usuaria, un control oportuno del inventario de los bienes y garantice la transparencia en la adquisición de estos.

	de bienes para el servicio de emergencia”		2.	Bienes carecen de identificación por la unidad de control patrimonial, ocasionando el riesgo, que no se cuente con un control oportuno de los mismos; así como, la posibilidad de pérdida.
			3.	Entrega de bienes fuera del plazo estipulado en las órdenes de compra – guía de internamiento sin aplicársele la penalidad correspondiente, produce el riesgo, que no se cautele los intereses de la entidad en las adquisiciones menores a 8 UIT.
8	Informe de acción simultánea n.º 008-2018-OCI/3763-AS, “Entrega de cargo de la Dirección General R.M. 902-2018/MINSA”	1	1.	6 o 7 ítems contenidos en el Anexo n.º 03 “Reporte del estado situacional de los sistemas administrativos” continúan pendientes de superarse en relación a la transferencia de gestión que se realizó en febrero del 2018, situación que genera el riesgo que afecte la transparencia en la gestión de los procesos, actividades y tareas del Hospital.
9	Informe de visita preventiva n.º 010-2018-OCI/3763-VP, “Asistencia y permanencia del personal médico y de enfermería programado para guardias en el departamento de Emergencia”	3	1.	Algunos médicos y enfermeras carecen de fotocheck, generando el riesgo que no se les pueda acreditar como personal de la entidad ante los pacientes y usuarios, vulnerando sus derechos.
			2.	Cambio de médicos no son comunicados al jefe de guardia, ocasionando que este último desconozca con que personal cuenta para atención de pacientes.
			3.	No se ubicó a médicos en el horario de guardia, situación que produce el riesgo de que se afecte la oportunidad de atención de los pacientes de emergencia.
10	Informe de visita preventiva n.º 004-2018-2-5309, “Al hospital Nacional Arzobispo Loayza en relación a la atención de asegurados seguro integral de salud”	3	1.	Compra de medicamentos que realiza el familiar del paciente SIS subsidiado hospitalizado, incumpliendo los objetivos del aseguramiento universal.
			2.	Desabastecimiento de medicamentos e insumos para los afiliados del seguro integral de salud, podría afectar la finalidad pública y la recuperación de la salud del paciente.
			3.	Escasa información al paciente SIS, genera malestar en los asegurados.
11	Informe de visita preventiva n.º 649-2018-CG/SALUD-VP, “Operatividad y funcionamiento de las UPSS de emergencia, consulta externa, patología clínica, diagnóstico por imágenes y farmacia”	Con relación a la verificación de la operatividad y funcionamiento de la UPSS consulta externa 1	1.	De la verificación efectuada se advierte que no se encuentra publicada en un lugar visible en cada consultorio la lista de pacientes y la hora en que están programadas sus citas. Genera congestión y pérdida de tiempo para los pacientes que acuden para su cita médica por consulta externa.
		Con relación a la verificación de la operatividad y funcionamiento de la UPSS Emergencia 4	1.	De la información proporcionada se advierte que respecto a la programación reten no se encuentran programados los médicos de las siguientes especialidades: cirugía de cabeza y cuello, neurología, nefrología y psiquiatría quienes conformarían el equipo básico constituido de acuerdo a su nivel de complejidad y a la demanda. Riesgo de que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento); así como, disminución en la calidad de la atención.
			2.	La UPSS de Emergencia adultos no cuenta con los siguientes indicadores de calidad: promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia; porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con la atención brindada por el servicio; porcentaje de trabajadores que refieren estar satisfechos con el trabajo en el servicio. Genera el riesgo en el adecuado control de las actividades técnico asistenciales que se desarrollan en el servicio.
			3.	De la información proporcionada se advierte que el servicio de emergencia no cuenta con los siguientes equipos biomédicos: bomba de infusión de jeringa, Doppler fetal portátil, Doppler vascular portátil, Doppler transcraneano, electroencefalógrafo portátil, equipo de nebulización múltiple, monitor esofágico de gasto cardíaco continuo y monitor de presión intracraneal. Asimismo, como no cuenta con el siguiente material fungible: campana de oxígeno para traqueotomía, cobertor para calentamiento corporal, campana de oxígeno, jeringa de bulbo asepto para irrigación y sonda esofágica de monitoreo hermodinámico. Riesgo de que exista falta de oportunidad e atención diagnóstico y tratamiento) de los pacientes que requieren estudios radiológicos.
			4.	La UPSS de Emergencia adultos no cuenta con infraestructura propia, toda vez que en el ambiente original presentó fallas en el sistema de agua y desagüe, y en consecuencia el servicio de emergencia se encuentra operando en un ambiente acondicionado temporalmente. Riesgo de que se afecte la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes en el servicio de emergencia.
		Con relación a la verificación de la operatividad y funcionamiento de la UPSS Farmacia 21	1.	De la información proporcionada, se advierte que el almacén de farmacia no cuenta con un número necesario de personal, originando que se afecte la oportunidad de atención e los procesos del servicio de farmacia. Riesgo de que se afecte la oportunidad de atención en los procesos del servicio de Farmacia.
			2.	De la información proporcionada se advierte que el hospital no cuenta con certificado de buenas prácticas de dispensación, buenas prácticas de distribución y transporte, buenas prácticas de fármaco vigilancia o buenas prácticas de seguimiento farmacoterapéutico. Riesgo de que las operaciones de almacenamiento presenten riesgos en la calidad, eficacia, seguridad y funcionabilidad de los mismos.
			3.	No se mantiene limpias las zonas adyacentes del almacén, situación que genera el riesgo de que se afecte la bioseguridad del almacenamiento de los productos farmacéuticos. Riesgo de que se afecte a bioseguridad en el almacenamiento de los productos farmacéuticos.
			4.	El almacén no cuenta con oficina administrativa, ocasionando que no se cuente con un lugar para la custodia de la documentación. Que se ponga en riesgo la custodia de la documentación del almacén especializado de medicamentos.
			5.	El almacén no cuenta con oficina administrativa, ocasionando que no se cuente con un lugar para la custodia de la documentación. Que se ponga en riesgo la custodia de la documentación del almacén especializado de medicamentos.
			6.	Los servicios higiénicos se encuentran dentro del almacén, situación que genera el riesgo de que se afecte la seguridad del recinto. Que se afecte la seguridad de la custodia de los medicamentos y dispositivos médicos que se encuentran en el Almacén Especializado de Medicamentos.

	7.	Las vías de acceso al almacén no permiten un traslado seguro de los productos, hecho que puede afectar la calidad de los productos farmacéuticos. Que se afecte la calidad de los productos farmacéuticos.
	8.	Las áreas auxiliares del almacén no están limpias, ni ventiladas, situación que puede afectar la conservación de los productos farmacéuticos.
	9.	Los anaqueles, no se encuentran en buen estado de mantenimiento ni limpios, y la distancia entre ellos no permite un adecuado manejo de los productos. Riesgo que se genere accidentes o deterioro de los productos farmacéuticos y se afecte las condiciones de bioseguridad en las operaciones del Almacén.
	10.	Los techos del almacén se encuentran en mal estado de conservación e higiene. Riesgo de que se afecte el estado de conservación de los medicamentos.
	11.	El almacén no cuenta con grupo electrógeno o sistema que lo sustituya a fin de mantener las condiciones de almacenamiento en caso de corte fluido eléctrico. Que se afecte las condiciones de almacenamiento que los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios requieren mientras se reestablece el fluido eléctrico.
	12.	El almacén de farmacia carece de los siguientes elementos de seguridad: sistema de vigilancia permanente, dispositivos de alarma y detectores de humo. Que se ponga en riesgo de pérdida los medicamentos y dispositivos médicos almacenados.
	13.	El almacén no cuenta con áreas debidamente separadas, delimitadas e identificadas. Riesgo que ocurra confusión en el momento del despacho de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
	14.	No existe un sistema de alerta sobre la existencia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios con fecha próxima de vencimiento. Que se produzca el vencimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios ocasionando perjuicio económico para la entidad y el estado.
	15.	No se realiza el mapeo de temperatura y humedad en los ambientes del almacén. Riesgo que se afecte la calidad y eficacia terapéutica de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
	16.	La cámara de refrigeración/cuarto congelado, no cuenta con un sistema de climatización con capacidad para alcanzar temperaturas requeridas dentro del área, no cuenta con monitor de temperatura ni alarmas. Riesgo que se afecte la calidad y eficacia terapéutica de los productos termosensibles.
	17.	El almacén de farmacia no realiza auto inspecciones. Riesgo que se afecte la calidad de los procesos.
	18.	El almacén de farmacia no cuenta con un listado de firmas del personal y siglas utilizadas. Riesgo que se afecte los procesos del almacén y se genere riesgo de pérdidas.
	19.	El almacén de farmacia no cuenta con presupuesto para el plan de mantenimiento preventivo y de reposición 2018 de los equipos de la UPSS Farmacia. Riesgo que se afecte la operatividad de los equipos con los que cuenta el almacén de medicamentos.
	20.	De la información proporcionada se advierte que existen medicamentos de la compra corporativa que se encuentran en condiciones de substock o desabastecidos. Riesgo que se afecte el derecho de los ciudadanos de obtener oportunamente, medicamentos necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud.
	21.	De la información proporcionada se advierte que existen medicamentos de la compra corporativa que se encuentran condiciones de sobrestock. Que se incremente el riesgo de vencimientos de los productos farmacéuticos, dispositivos sanitarios y productos sanitarios.
	Con relación a la verificación de la operatividad y funcionamiento de la UPSS patología clínica	
1	1.	El departamento de patología clínica y banco de sangre carece de centrífuga universal de tubos y de contador digital de células sanguíneas. Riesgo que se afecte la oportunidad de atención a los pacientes, incrementando la posibilidad de complicaciones y sobrecostos.
	Con relación a la verificación de la operatividad y funcionamiento de la UPSS diagnóstico por imágenes	
4	1.	De la información proporcionada se advierte que no se cuenta con Documentos y/o plan de mantenimiento de la infraestructura (2017) y tampoco se cuenta con información sobre el porcentaje de ejecución del documento y/o plan de mantenimiento de infraestructura durante el año 2017. Riesgo que no se cuente con infraestructura adecuada para brindar servicios de salud a los pacientes y/o usuarios.
	2.	El departamento de diagnóstico de imágenes, carece de equipos de tomografía y de resonancia magnética. Riesgo que no se cuente con infraestructura adecuada para brindar servicios de salud a los pacientes y/o usuarios.
	3.	El departamento de diagnóstico de imágenes, carece de equipos de tomografía y de resonancia magnética. Riesgo que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) de los pacientes que requieren estudios de imágenes.
	4.	El departamento de diagnóstico de imágenes, carece de equipos de ecografía Doppler color 3D y 4D. Riesgo que exista falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) de los pacientes que requieren estudios ecográficos.

Nota. Fuente: Portal de la contraloría general de la república - participación ciudadana-búsqueda de informes de control. <https://appbp.contraloria.gob.pe/BuscadorCGR/Informes/Inicio.html>

Total informes del año 2018: 11 Total número de riesgos del año 2018: 65 Informes de visita de control: 2 Informes de acción simultánea: 6 Informes de visita preventiva: 4

Tabla 23**Informes de servicio de control simultáneo 2019**

N.º	N.º Informe	N.º de riesgos/situación adversa	Riesgos/Situaciones adversas ¹
1	Informe de acción simultánea n.º 001-2019-OCI/3763-AS, “Buen uso del gasto público – gestión de pago”	4	6. La Oficina de Economía del HNAL, formalizó, autorizó y devengó el servicio de instalación de equipos, sistemas y programas informáticos (software) sin haberse acreditado la respectiva conformidad del servicio, generando el riesgo de inadecuada utilización de los recursos públicos. 7. Las deducciones de las penalidades reportado por el Jefe de Unidad de Adquisiciones de la oficina de logística no fueron descontado en su totalidad en los comprobantes de pago para el proveedor generando un mayor pago al contratista. 8. En los informes de conformidad detallan que han recepcionado conforme las entregas, sin embargo, no se han recibido la totalidad de los medicamentos de las entregas detalladas en las órdenes de compra. 9. Las planillas de remuneraciones del HNAL, por el periodo 2018, se encuentran devengadas, vencidas e impagas por prestación de servicios de empleados nombrados, contratados y eventual.
2	Informe de visita de control n.º 002-2019-OCI/3763-VC, “Verificación a la prestación del servicio de vigilancia de las puertas externas del HNAL para 24 meses”	1	5. Incumplimiento de términos de referencia por parte del consorcio grupo Elite del Norte y Optimus security SAC, genera el riesgo de una mala prestación del servicio al público, al personal del HNAL y a los pacientes que ingresan al HNAL.
3	Informe de acción simultánea n.º 003-2019-OCI/3763-AS, “Adquisición de alimentos por paquete para dos (02) años”	4	10. El comité de selección consideró que “Si cumple” el postor Faching Romayna Shirley Jessica con los requisitos de calificación de los paquetes XV y XVI, validando las copias de autorizaciones sanitarias emitidas por SENASA a nombre de otras empresas y/o personas naturales lo que generaría que dicha empresa no esté habilitada y/o acreditada para llevar a cabo la comercialización de alimentos de procesamiento primario, por lo tanto no se garantizaría la calidad de dichos alimentos para los pacientes hospitalizados en el HNAL y personal de guardia. 11. El acto público de presentación de ofertas del procedimiento de selección, licitación pública n.º 012-2018-HNAL (1era convocatoria), “Adquisición de alimentos por paquete para dos (02) años” tuvo un retraso de 10 días útiles, lo que conlleva que el procedimiento de selección culmine posterior a la fecha prevista para la atención de los pacientes del HNAL, realizando compras sin procedimiento de selección que no garantizarían la calidad de los alimentos. 12. Postor Pacheco Trading SAC para el paquete X – leche en polvo, adjunta una declaración jurada de responsabilidad de vicios ocultos, omitiendo la carta de compromiso de canje por vencimiento de productos, el cual podría generar el riesgo que el alimento vencido no pueda ser canjeado por el postor afectando la finalidad pública del procedimiento de selección. 13. Representante legal de Dayan & CYGA alimentos S.A.C suscribió la declaración jurada – anexo n.º 2 del representante legal GR & G inversiones S.A.C., lo cual general riesgo que no pueda ser exigible lo declarado por GR & G inversiones S.A.C, toda vez que fue firmado por otro representante legal; asimismo, podría producirse contingencias legales ante cualquier reclamo por el HNAL.
4	Informe de orientación de oficio n.º 004-2019-OCI/3763-SOO, “Evaluación al registro y publicación en el SEACE de las órdenes de compra u órdenes de servicio emitidas por el HNAL en los meses de Enero y Febrero 2019”	1	11. Durante los meses de Enero y Febrero del 2019 la oficina de logística del Hospital Arzobispo Loayza emitió órdenes de compra u órdenes de servicio sin registrar y publicar la totalidad de las mismas en el sistema electrónico de contrataciones del estado – SEACE, afectando los principios de publicidad y transparencia lo que generaría sanción al personal encargado de dicho registro, al ser detectado por el OSCE este incumplimiento.
5	Informe de orientación de oficio n.º 005-2019-OCI/3763-SOO, “Visita al servicio de alimentación central del departamento de nutrición y dietética del HNAL”	1	1. En el departamento de Nutrición y Dietética a la fecha existen requerimientos pendientes de atención por las oficinas de logística y servicios generales y mantenimiento, el cual podría afectar en la preparación diaria de alimentos, imposibilitando realizar la diversificación de alimentos para la atención de los pacientes y personal de guardia, asimismo cualquier siniestro por la falta de filtros en las campanas extractoras.
6	Informe de orientación de oficio n.º 006-2019-OCI/3763-SOO, “Verificación de atención al	5	1. En la sala de observación de medicina II del servicio de emergencia permanecen pacientes de prioridad II (urgencia mayoría y prioridad III (urgencia menor) más de 12 horas, genera el riesgo que los nuevos pacientes que ingresan a dicho servicio no cuenten con las camas disponibles.

¹ Resolución de Contraloría n.º 115-2019-CG de 28 de marzo de 2019, aprueba la directiva n.º 002-2019-CG/NORM, “Servicio de control simultáneo” (desde lo cual dejan de denominarse riesgos los casos y comienzan a denominarse situaciones adversas), dejando sin efecto la directiva n.º 017-2016-CG/DPROCAL, “Control simultáneo”, aprobado mediante Resolución de Contraloría n.º 432-2016-CG.

	paciente en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”		<ol style="list-style-type: none"> El servicio de emergencia del HNAL, dentro de su infraestructura no dispone de algunas áreas de trabajo, y con ingeniería hospitalaria el cual podría, generar el riesgo que no se estaría brindando una atención apropiada a los pacientes y/o familiares que ingresan diariamente por el servicio de emergencia del HNAL. El servicio de emergencia no dispone de equipos biomédicos y material médico no fungible el cual podría afectar la falta de oportunidad de atención (diagnóstico y tratamiento) de los pacientes que requieren estudios radiológicos. El servicio de emergencia no cuenta con los indicadores de calidad “promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia para ser atendido según casos de prioridad” y con el “porcentaje de trabajadores que refieren estar satisfechos con el trabajo en el servicio”, generando el riesgo que no le permita al jefe de servicio de emergencia del HNAL, evaluar la calidad y la oportunidad del servicio que se viene brindando e imposibilitándole realizar algunas mejoras en la atención de su servicio. Actualmente el servicio de emergencia no cuenta con acceso directo desde la vía pública y no está claramente señalizado que permita su identificación a distancia, originando el riesgo de que el paciente de prioridad I no pueda llegar a ser atendido a la brevedad y fallecer de ser el caso.
7	Informe de orientación de oficio n.º 007-2019-OCI/3763-SOO, “Verificación de certificación del OSCE a los profesionales y técnicos que laboran en la oficina de logística del HNAL”	1	<ol style="list-style-type: none"> En la oficina de logística existen profesionales y técnicos que no cuentan con la certificación emitida por el OSCE, lo cual genera el riesgo de afectación a la gestión eficiente y eficaz de las contrataciones que realiza el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
8	Informe de orientación de oficio n.º 008-2019-OCI/3763-SOO, “Verificación al archivo central del HNAL”	1	<ol style="list-style-type: none"> Se verificó que el archivo central del HNAL cuenta con extractores inoperativos y con algunas cajas donde se archivan los documentos con humedad debido a las filtraciones producto de las lluvias, generando el riesgo del deterioro de los documentos administrativos e historias clínicas de los pacientes que son parte del acervo documental del HNAL.
9	Informe de orientación de oficio n.º 009-2019-OCI/3763-SOO, “Acto de otorgamiento de la buena pro del paquete II de la LP N° 012-2018-HNAL – adquisición de alimentos por paquete para dos (2) años”	1	<ol style="list-style-type: none"> El comité de selección de la LP n.º 012-2018-HNAL “Adquisición de alimentos por paquete para dos (2) años” otorgo la buena pro a la empresa Corporación Alimentaria Alexcar S.A.C. en el paquete III “Adjudicación de carne de gallina”, encontrándose en trámite un recurso impugnatorio en el Tribunal de Contrataciones del Estado, generando riesgo de indefensión al HNAL ante nulidades y controversias administrativas y judiciales.
10	Informe de orientación de oficio n.º 010-2019-OCI/3763-SOO, “Ejecución contractual de la AMC N° 026-2015-HNAL, derivada de la ADP N.º 07-2015-HNAL – contratación del servicio de mantenimiento de infraestructura del sistema de suministro de combustible del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”	1	<ol style="list-style-type: none"> La administración del hospital, no canceló el saldo por pagar a favor de la empresa Termodinámica S.A, así como no aplicaría posibles penalidades por retrasos en la ejecución del servicio de mantenimiento de infraestructura del sistema de suministro de combustible del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ocasionando el riesgo de indefensión al Hospital ante posibles controversias arbitrales o judiciales por la generación de intereses moratorios.
11	Informe de orientación de oficio n.º 011-2019-OCI/3763-SOO, “Biombo de metal de tres (3) cuerpos en estado de deterioro y expuesto a la intemperie conjuntamente con otros materiales y desechos de chatarrería”	1	<ol style="list-style-type: none"> Biombo de metal de tres (3) cuerpos ubicados al frente del depósito de la Unidad de Control Patrimonial, en estado de deterioro y expuestos a la intemperie conjuntamente con otros materiales y desechos de chatarrería, lo que generaría el riesgo en la disminución significativa del grado de utilidad, de sustracción y/o pérdida de dichos biombo, y podría ocasionar perjuicio económico a la Entidad.
12	Informe de visita de control n.º 012-2019-OCI/3763-SVC, “Verificación de los créditos y exoneración de medicamentos” otorgados a paciente con cobertura	3	<ol style="list-style-type: none"> No se evidencia la contabilización de los saldos de cuentas por cobrar por medicinas, hospitalización, procedimientos, estancias a pacientes, hecho que incide en la confiabilidad de la información procesada en los estados financieros del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Paciente atendido en el mes enero de 2019, tiene una deuda de S/ 5 014,08 del HNAL, sin embargo, el servicio de Farmacia de Emergencia le otorgó la constancia de no adeudar medicamentos, hecho que generaría que el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se vea perjudicado económicamente. En el expediente que conforma el informe social, falta en algunos casos información y documentos esenciales como el diagnóstico social, informes de visita domiciliaria, ingreso mensual y composición familiar, situación que podría incidir en el debido cumplimiento de los parámetros y procedimientos establecidos en la normativa aplicable, específicamente en el otorgamiento adecuado de las exoneraciones o créditos de pago del costo de las recetas, análisis y liquidación del alta médica y otros conceptos.

13	Informe de hito de control n.º 013-2019-OCI/3763-SCC, “A la etapa de ejecución contractual de los paquetes IV: carne de pollo, y XIII: embutidos derivados de la LP n.º 012-2018-HNAL, adquisición de alimentos por paquete para dos (02) años”	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante el proceso de culminación de la ejecución contractual, el Departamento de Nutrición y Dietética, en su condición de área usuaria, ha emitido el informe de conformidad fuera de los plazos previstos; situación que podría generar controversias respecto a la procedencia del pago a favor del contratista, así como a las condiciones de entregas posteriores de los productos alimenticios y desabastecimiento, inclusive. 2. Se ha evidenciado que, durante la gestión del pago, la Entidad ha efectivizado el pago a favor del contratista Corporación Alimentaria ALEXCAR S.A.C. fuera de los plazos previstos: hecho que le otorgaría al contratista el derecho a solicitar el pago de intereses legales, así como controversias sometidas a conciliaciones y/o arbitrajes. 3. Durante el plazo de ejecución contractual, el contratista ha realizado la primera entrega de productos alimenticios (carne de pollo) por un total de 1200 kg, equivalente a S/ 8 220,00, antes de la fecha de suscripción del contrato; este hecho estaría afectando la validez del acto administrativo y la legalidad del vínculo contractual entre la Entidad y el contratista.
14	Informe de orientación de oficio n.º 014-2019-OCI/3763-SOO, “Dos (2) de cinco (5) ambulancias institucionales del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se encuentran en estado inoperativo”	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad operativa de las ambulancias institucionales se han reducido en un 40%, al contar con dos (02) ambulancias inoperativas de un total de cinco (5), lo cual afecta la prestación servicio del traslado de los pacientes, generando el riesgo de desatención a pacientes que lo necesitarían de manera urgente.
15	Informe de orientación de oficio n.º 015-2019-OCI/3763-SOO, “Evaluación on line del diagnóstico de conocimientos 2019 de las personas al servicio del estado de la oficina de recursos humanos”	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 42% de servidores que laboran en la oficina de Personal, no rindieron los exámenes on line, y seis (6) no fueron considerados dentro del censo realizado a dicha oficina, generando el riesgo que la autoridad nacional del servicio civil – SERVIR no pueda medir las brechas de conocimientos de todos los servidores y que no se adecuen las estrategias de capacitación a sus necesidades.
16	Informe de orientación de oficio n.º 016-2019-OCI/3763-SOO, “Procedimiento de donación de bienes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, calificados como residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), periodo 2019”	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. La donación de trescientos ochenta (380) aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE) en calidad de baja, fue aprobada sin contar con la formalidad del trámite documentario de la solicitud, asimismo no se encuentra publicado la resolución de dicha aprobación, lo cual genera riesgo en la validez del procedimiento de donación ante vicios denotados en la tramitación documentaria del Hospital y de Transparencia.
17	Informe de visita de control n.º 017-2019-OCI/3763-SVC, “Verificación a los productos farmacéuticos del almacén de farmacia del HNAL”	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Productos farmacéuticos desabastecidos al 30 de setiembre de 2019, adquiridos mediante el proceso de contratación Subasta Inversa Electrónica n.º 21-2018-CENARES/MINSA no ingresaron a almacén y otros con retraso, originando que el Hospital no cuente con stock disponible en desmedro de los pacientes por la carencia de dichos medicamentos. 2. Productos farmacéuticos adquiridos por subasta inversa electrónica n.º 21-2018-CENARES/MIBNS, ya se encontraron en sobrestock al 30 de setiembre de 2019 con una disponibilidad de hasta 39 meses, generando riesgo de conglomeración de productos farmacéuticos en almacén, y posibles vencimientos. 3. Ambiente de almacén SISMED no brindan las garantías y condiciones adecuadas para el almacenamiento de los productos farmacéuticos, generando riesgo de posible deterioro de los medicamentos y riesgo de la integridad física del personal que labora en dicho almacén.
18	Informe de orientación de oficio n.º 019-2019-OCI/3763-SOO, “Verificación de equipos en el servicio de gastroenterología”	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo médico del servicio de Gastroenterología fue adquirido bajo la denominación de “Elastografo ultrasónico” (Fibroscan), contrario a ello se inventarió con la denominación de “Tromboelastógrafo”, generando riesgo de que la administración del Hospital no cuente con información confiable de sus activos fijos, así como, al ser dado de baja no se pueda adquirir por reemplazo, ya que registra con distinta denominación como activo del HNAL. 2. Once (11) equipos del servicio de gastroenterología comprados como accesorios a través de las exoneraciones n.ºs 006 y 007, no cuentan con código patrimonial, de los cuales seis (6) se encuentran inoperativos, lo que generaría el riesgo de que no cuente con información confiable de sus activos fijos, así como, no pueda ser adquirido por reemplazo, teniendo limitaciones para su mantenimiento correctivo.
19	Informe de orientación de oficio n.º 020-2019-OCI/3763-SOO, “Verificación de entregas de insumos alimenticios al servicio de alimentación central del departamento de Nutrición y Dietética”	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el servicio de alimentación central al no contar con sartenes, ni hornos operativos para preparar las milanesas de pollo de manera adecuada, se recibió pechugas de pollo en sustitución del producto milanesa de pollo, generando el riesgo de descontrol del ingreso de las pechugas de pollo ya que estos productos son recibidos con guía de remisión como milanesas de pollo, y diferencias de costos ente los 2 productos.
20	Informe de orientación de oficio n.º 3817-2019/DEN-SOO, “Seguimiento a la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión pública con presupuesto	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. La entidad a su cargo cuenta en el año 2019 con presupuesto asignado superior a un millón de soles para la ejecución de cada proyecto de inversión pública; sin embargo, al 29 de octubre de 2019 no registran monto comprometido ni devengado, situación que genera el riesgo que no se alcance oportunamente la finalidad del proyecto en beneficio de la población, así como su afectación presupuesto para el próximo año y el logro de objetivos institucionales

asignado superior al millón de
soles”

Nota. Fuente: Portal de la contraloría general de la república - participación ciudadana-búsqueda de informes de control. <https://appbp.contraloria.gob.pe/BuscadorCGR/Informes/Inicio.html>

Total informes del año 2019: 20 Total número de riesgos /situaciones adversas del año 2019: 37
Informes de visita de control: 3 Informes de acción simultánea: 2 Informes de control concurrente: 2
Informes de orientación de oficio: 15

Tabla 24
Informes de servicio de control simultáneo 2020

N.º	N.º Informe	N.º de situaciones adversas	Situaciones adversas
1	Informe de orientación de oficio n.º 001-2020-OCI/3763-SOO, “Verificación del tomógrafo y equipos de rayos X del departamento de diagnóstico por imágenes ubicados en el servicio de emergencia del HNAL”	1	10. En las instalaciones del servicio de emergencia se encuentra ubicado el tomógrafo computarizado de 128 cortes y un equipo de rayos X estacionario digital, con carencias que afectarían el cumplimiento de la finalidad pública para la que fue adquirido el tomógrafo y la comodidad al paciente que es atendido con el equipo de rayos X.
2	Informe de orientación de oficio n.º 002-2020-OCI/3763-SOO, “Verificación del estado situacional del inventario de activos fijos del HNAL para el ejercicio 2019”	1	6. En las bases integradas de la A.S. N.º 044-2019-HNAL “Contratación del servicio de toma de inventarios de bienes físicos 2019-HNAL”, se han establecido plazos máximos para la ejecución del servicio sin observar el reglamento que regula los plazos para la presentación remisión a la Superintendencia de Bienes Nacionales – SBN, generando el riesgo que no se cuente con el inventario anual de la entidad de manera oportuna.
3	Informe de visita de control n.º 003-2020-OCI/3763-SVC, “Verificación del cumplimiento de normas de bioseguridad en el laboratorio y toma de muestra ubicado en el servicio de emergencia del HNAL”	1	14. Falta de observancia de los controles en el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el laboratorio y toma de muestra ubicada en el servicio de emergencia, situación que no reduciría los riesgos de protección para el personal, comunidad y medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos.
4	Informe de orientación de oficio n.º 004-2020-OCI/3763-SOO, “Cumplimiento de normativa expresa: ley de transparencia y acceso a la información pública”	1	12. Información publicada en el portal de transparencia estándar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en algunos casos no se encuentra actualizada, situación que podría afectar la finalidad de promover la transparencia de los actos del HNAL, restringiendo el derecho fundamental del acceso a la información pública de los ciudadanos.
5	Informe de orientación de oficio n.º 005-2020-oci/3763-soo, “Presencia de nido de palomas y sus excrementos en el ingreso al servicio de salud mental del HNAL”	1	1. En el servicio de salud mental del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se advirtió un nido de palomas y sus excrementos en la puerta de ingreso, situación que podría afectar la salud en el trabajo del personal que labora en dicho servicio.
6	Informe de orientación de oficio n.º 006-2020-OCI/3763-SOO, “Verificación de permanencia del personal médico de consulta externa según programación”	1	1. Ausencia de personal médico en algunos consultorios externos del HNAL, genera el riesgo que no se garantice la atención oportuna y adecuada a los pacientes, al no cumplir su permanencia en el horario programado.
7	Informe de orientación de oficio n.º 007-2020-OCI/3763-SOO, “Verificación de la implementación de la infraestructura, insumos y materiales para el proceso de higiene de manos en los consultorios de la consulta externa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”	1	1. Algunos consultorios externos del HNAL, no cuentan con infraestructura (lavamanos), insumos y materiales, lo que afectaría la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda a los pacientes, por la alta probabilidad de proliferación de patógenos y por consiguiente de las infecciones asociadas a la atención de SALUD-IAAS a todo el personal de SALUD.
8	Informe de orientación de oficio n.º 008-2020-OCI/376-SOO, “A la capacidad de respuesta ante la presencia de casos de COVID-19 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”	1	1. Se brindó tratamiento a pacientes CODI-19 en áreas que no se ajustan a la definición de lugares adecuados para tratamiento de dichos pacientes, generando el riesgo de contagio entre pacientes, personal de salud y otros usuarios.
9	Informe de orientación de oficio n.º 009-2020-OCI/3763-SOO, “Verificación de la ejecución de los recursos para el COVID 19 asignados al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para atender la emergencia sanitaria”	1	1. Baja ejecución de gasto respecto al presupuesto asignado para las acciones de bioseguridad, acondicionamiento y habilitación de espacios físicos para fortalecer la provisión del servicio de salud frente a la pandemia COVID 19
10	Informe de orientación de oficio n.º 010-2020-OCI/3763-SOO, “Aplicación de actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el contexto de la pandemia por COVID-19”	1	1. Falta de aplicación de actividades para la vigilancia de la salud de los trabajadores del HNAL en el contexto de la pandemia por COVID-19, genera el riesgo de transmisión de CODI-19 entre los trabajadores, así como, la adopción tardía de las medidas necesarias ante la aparición de sintomatología de dicha enfermedad.
11	Informe de orientación de oficio n.º 011-2020-OCI/3763-SOO, “Actividades de recepción, clasificación, lavado y distribución de las prendas hospitalarias de la unidad de lavandería del HNAL”	1	1. En la unidad de lavandería la ropa sucia proveniente de los pacientes COVID-19 son pesados lavados junto a la ropa de pacientes de otros pabellones, asimismo, para el recojo y distribución de ropa utilizan los mismos coches, generando el riesgo de propagación interna y externa del virus y contagio del COVID 19 a los pacientes y personal de lavandería.

12	Informe de visita de control n.º 012-2020-OCI/3763-SVC, "Recepción, ejecución contractual y distribución del oxígeno gaseoso y líquido medicinal en Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19"	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. El oxígeno gaseoso medicinal en el área de emergencia no cuenta con una adecuada recepción y distribución de dicho insumo, lo que genera el riesgo en la calidad y oportunidad de atención a los pacientes por COVID-19 en el HNAL. 2. La cantidad de oxígeno gaseoso a entregar por la ejecución del contrato n.º 011-2020-HNAL-OEA, suscrito con la empresa PRAXAIR PERÚ SRL, es insuficiente para la atención de los pacientes con COVID-19 en los próximos meses, lo que generaría el riesgo de no garantizar la atención oportuna y de calidad a los pacientes con COVID-19 que necesiten este oxígeno. 3. A junio de 2020, no se evidencia conformidad del oxígeno medicinal (gaseoso y líquido) pese a haberse recepcionado con guías de remisión de abril y mayo, lo que genera que no se devengue y no se pague oportunamente al proveedor para evitar contingencias posteriores.
13	Informe de visita de control n.º 013-2020-OCI/3763-SVC, "Gestión y manejo de los residuos sólidos del HNAL, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19"	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. En las visitas a las diferentes áreas de atención COVID-19 se encontró deficiencias en el acondicionamiento, segregación, almacenamiento primario, recolección, transporte interno de residuos sólidos, lo que generaría el riesgo la propagación y la transmisión cruzada del virus por COVID-19 en el hospital, lo cual no ayuda a disminuir el impacto negativo a la salud pública.
14	Informe de orientación de oficio n.º 014-2020-OCI/3763-SOO, "A la capacidad de respuesta ante el impacto causado por el corte de energía eléctrica durante el estado de emergencia por COVID-19"	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. La demora en restablecer la energía eléctrica en las zonas críticas, (UCI general, banco de sangre y neonatología) a través de los grupos electrógenos, genera el riesgo de interrupción de terapia a los pacientes perjudicando su salud, así como la utilidad de los equipos biomédicos, hemoderivados o productos biológicos.
15	Informe de visita de control n.º 015-2020-OCI/3763-SVC, "A la capacidad de respuesta ante el incremento de cadáveres, en el marco de la emergencia sanitaria pro COVID-19"	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Del 1 al 22 de junio de 2020, 133 cadáveres tuvieron una permanencia en el contenedor frigorífico más de 24 horas no acorde como lo estipula las normas vigentes y 27 aún permanecen en dicho contenedor, lo que genera el peligro de diseminación y riesgo a la salud pública. 2. La transferencia del SIS por S/ 233 050 al HNAL, para el servicio de cremación y/o inhumación según el reporte del SIAF, se encuentra en la etapa de certificación, siendo no acorde con la situación real, lo que genera el riesgo de que el SIS no asigne otros financiamientos hasta que se encuentre ejecutado. 3. El contenedor frigorífico usado para el depósito de cadáveres COVID-19 no cuenta con la iluminación adecuada para su interior, lo que genera el riesgo de accidentes laborales y posibles confusiones en el retiro de dichos cadáveres en el HNAL.
16	Informe de visita de control n.º 016-2020-OCI/3763-SVC, "Verificación de recepción y distribución de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos del almacén SISMED de farmacia del HNAL"	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Del inventario físico realizado el 10 de marzo de 2020 a ocho (8) productos farmacéuticos y cuatro (4) dispositivos médicos del almacén SISMED de farmacia del HNAL, tomando como base el saldo del Kardex del sistema galenos, se determinaron diferencias (faltantes), lo que genera el riesgo de atención oportuna a pacientes y posibles pérdidas económicas al HNAL. 2. En la visita de inspección realizada el 1 de julio de 2020 en el almacén de farmacia (SISMED) se han encontrado 601 unidades del producto farmacéutico ondansetron 2MG/ML 4ML INY con fecha de vencimiento mayo 2020, lo que origina el riesgo de pérdidas económicas al HNAL.
17	Informe de hito de control n.º 017-2020-OCI/3763-SCC, "A la extracción de sangre, atención de solicitud y entrega de hemocomponentes, en el servicio de Banco de Sangre"	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las bolsas cuádruples de extracción de sangre no están siendo facturadas por el departamento de Farmacia, ni se encuentran disponibles para venta, por ello no figura en las liquidaciones de los insumos consumidos por los pacientes SIS, lo que genera el riesgo que no se sustente el gasto ante las transferencias realizadas por el SIS. Asimismo, que el paciente particular no pueda adquirir dichas bolsas dejando bolsas incompatibles, afectando la economía del HNAL. 2. El servicio de banco de sangre y el departamento de Patología Clínica y Banco de Sangre almacenan las bolsas cuádruples de extracción de sangre en ambientes improvisados, desordenados que no cuentan con buenas prácticas de almacenamiento, lo cual genera el riesgo de deterioro de las bolsas, no garantizando una adecuada conservación de los hemocomponentes y derivados. 3. El servicio de banco de sangre y el departamento de Patología Clínica y banco de sangre desconocen el consumo y stock final de las bolsas cuádruples de extracción de sangre, lo cual genera el riesgo de pérdida de dichas bolsas.
18	Informe de hito de control n.º 018-2020-OCI/3763-SCC, "Procedimiento de recepción, almacenamiento, custodia y distribución para el uso de los equipos de protección personal (EPP) en el marco de la emergencia sanitaria nacional por el COVID 19"	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mascarrilla KN95 con stock cero y otros equipos de protección personal (EPP) con stock próximo al desabastecimiento, en el almacén de la unidad funcional de prevención en seguridad y salud en el trabajo y almacén SISMED de farmacia, genera el riesgo de exposición a COVID 19 al personal asistencial del HNAL. 2. Los almacenes de la unidad funcional de prevención en seguridad y salud en el trabajo, SISMED de farmacia y central, no cuentan con un adecuado, almacenamiento y custodia de los equipos de protección personal (EPP), generando el riesgo de deterioro y pérdida. 3. Diferencias encontradas en el stock de algunos productos de EPP en el almacén de la unidad funcional de prevención de seguridad y salud en el trabajo, generan el riesgo de pérdida de dichos productos. 4. Comité de vigilancia de asignación y uso de equipos de protección personal (EPP) del HNAL, no evidencia la supervisión de la gestión de EPP, generando el riesgo del abastecimiento oportuno de EPP al personal asistencial. 5. El almacén de la unidad funcional de prevención en seguridad y salud en el trabajo, no tiene extinguidor, asimismo, el almacén central y el almacén SISMED de farmacia tienen extinguidores con carga vencida, no garantizando su operatividad ante un eventual incendio, generando el riesgo de seguridad de la integridad física del personal y la conservación de los bienes en custodia.
19	Informe de control concurrente n.º 019-2020-OCI/3763-SCC, "A la atención de solicitud y entrega de hemocomponentes en el servicio del banco de sangre"	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se cuenta con deuda y exoneraciones por reposición por 1 520 y 1 869 unidades de hemocomponentes respectivamente, de pacientes que han sido sometidos a transfusión de sangre de enero – agosto de 2020, así como, la falta de normativa que regule las exoneraciones, lo que genera el riesgo que el servicio de banco de sangre no cuente con stock suficiente para atender a pacientes que solicitan estos hemocomponentes.

20	Informe de control concurrente n.º 020-2020-OCI/3763-SCC, "Procedimiento de distribución para el uso de los equipos de protección personal (EPP) en el marco de la emergencia sanitaria nacional por el COVID 19"	1	1. El comité de vigilancia de asignación y uso de equipos de protección personal (EPP) y otros recursos para la atención del COVID-19 (COMVI-COVID19) del HNAL, no evidencia supervisión en el almacenamiento, distribución y uso de EPP para COVID-19, generando el riesgo de no garantizar el uso adecuado y transparente de dichos EPP.
21	Informe de visita de control n.º 1245-2019-CG/SALUD-SVC, "A la gestión sanitaria y atención de emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención"	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de implementación de acciones preventivas y correctivas en torno a riesgos comunicados en el Informe de Visita Preventiva n.º 649-2018-CG/SALUD-VP, hecho que genera el riesgo de afectar la oportunidad y calidad de la atención a los pacientes. 2. Insuficiente manejo de indicadores de gestión sanitaria en la UPSS emergencia, centro quirúrgico, centro obstétrico y ayuda al diagnóstico y tratamiento, hecho que genera el riesgo de afectar la atención de los pacientes con eficiencia, calidad y oportunidad. 3. El desabastecimiento en 11,8% y substock en 22,2% de los medicamentos adquiridos por compras corporativas del MINSA, genera el riesgo de insuficiente cobertura de las necesidades de los pacientes y usuarios de la UPSS Farmacia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, afectando con ello la calidad y oportunidad de atención de los mismos. 4. Insuficiente estado de infraestructura e ingeniería hospitalaria del servicio de emergencia, genera el riesgo de afectar la calidad y oportunidad de atención a los pacientes.

Nota. Fuente: Portal de la contraloría general de la república - participación ciudadana-búsqueda de informes de control. <https://appbp.contraloria.gob.pe/BuscadorCGR/Informes/Inicio.html>

Total informes del año 2020: 21 Total número de situaciones adversas del año 2020: 35
Informes de visita de control: 7 Informes de orientación de oficio: 11 Informes de control concurrente: 4