

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS
SECCIÓN DE CONTADURÍA PÚBLICA**



**TRABAJO DE GRADO:
“DESARROLLO DE UNA AUDITORIA DE GESTION EN LOS
DEPARTAMENTOS DE LABORATORIO CLINICO Y RECURSOS HUMANOS
DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO
DE LA UNION 2013.”**

**PRESENTADO POR:
LIZAMA CAMPOS, ELIZABETH
RIVERA RIVERA, MARITZA ARACELY
ROMERO MOLINA, YESENIA YANIRA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN CONTADURIA PÚBLICA**

**ASESOR DIRECTOR:
LIC. GILBERTO DE JESUS COREAS SOTO**

OCTUBRE 2013

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMERICA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

VICE – RECTOR ACADEMICO:

MSC. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICE – RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO:

LIC. SALVADOR CASTILLO

SECRETARIO GENERAL:

DRA. ANA LETICIA DE AMAYA

FISCAL:

LIC. FRANCISCO CRUZ LETONA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DECANO:

MSC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

VICE – DECANO:

LIC. CARLOS ALEXANDER DIAZ

SECRETARIO:

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE
SECCION DE CONTADURIA PÚBLICA:**

LIC. ORCAR RENE BARRERA GARCIA

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. GILBERTO DE JESUS COREAS SOTO

ASESOR METODOLÓGICO:

LIC. FRANCISCO CRISTÓBAL GALLARDO RODRIGUEZ

OCTUBRE 2013

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO: que es el que guía mi camino día a día, del cual he recibido miles de bendiciones, por brindarme la salud y por darme la sabiduría y la fortaleza necesaria para seguir adelante en mi carrera y así poder lograr este triunfo.

A MIS PADRES: Jorge Lizama y Dolores de Jesús Campos por ser los mejores padres del mundo y mi ejemplo de vida, quienes han sido el impulso y motivación de mis logros, por darme la estabilidad emocional, económica, sentimental; por siempre guiarme por el camino del bien, porque siempre me han apoyado, por sus consejos, por todo el esfuerzo que día a día hacen y por brindarme siempre amor y que sin ustedes no hubiese podido ser realidad este triunfo.

A MIS ABUELOS: Rubén Sanches (Q.D.D.G), Ana Elodia Lizama (Q.D.D.G) y Kanda Campos por su amor y comprensión, por sus sabios consejos y por apoyarme siempre.

A MIS HERMANOS: Jefferson Lizama, Erika Lissette Lizama, Ingrid Yamileth Lizama y Ana Yancis Lizama por todo el apoyo que me brindan en todo momento y por compartir nuestras alegrías, tristezas y nuestras metas propuestas.

A MIS TIAS/OS Y PRIMOS/AS: porque siempre me han brindado su apoyo.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS: Maritza Aracely Rivera y Yesenia Yanira Romero por haber sido buenas compañeras de tesis, por haberme brindado su amistad y porque hemos logrado juntas con esfuerzo, dedicación y entrega nuestra tesis.

A NUESTRO ASESOR DE TESIS Licenciado Gilberto de Jesús Coreas Soto por compartir sus conocimientos y experiencia, guiándonos en el desarrollo de esta Tesis.

ELIZABETH LIZAMA CAMPOS.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar le agradezco a **Dios todo poderoso** por darme la fortaleza y llenarme de bendiciones durante toda la etapa de mi estudio.

A mis padres Francisco Salomón Rivera Nolasco y Cruz Elena Rivera de Rivera, por el amor, por la amistad, sus sabios consejos y el apoyo incondicional tanto económico como moralmente que me brindaron siempre aun en los momentos de dificultades.

A mis hermanitos Edwin Adalberto Rivera Rivera y Elena Veraly Rivera Rivera por el cariño y admiración que tienen sobre mí.

A mis abuelos, tíos y demás familia por el apoyo que me han brindado de una u otra forma.

A mis Amigos y compañeros también quiero agradecerles por sacarme una sonrisa aun en esos momentos de tristeza y apoyarme cuando necesite la mano amiga.

A mis docentes por la enseñanza que me brindaron durante mi carrera, el esfuerzo y paciencia que tuvieron con migo.

Sin olvidar a alguien que no está ya aquí en este mundo con migo, porque Diosito a decidió llevársela, pero sé que estuviera muy orgullosa de mi, ya que ella fue como mi segunda madre y sé que para ella fui como su hija, a mi tía Patricia Machado (Q.D.D.G).

MARITZA ARACELY RIVERRA RIVERA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme acompañado en todo este trayecto de mis estudios, ya que sin él me hubiera sido imposible lograr concluir esta carrera, aunque hubieron momentos difíciles donde parecía imposible poder seguir, pero siempre tuve la fortaleza y el ánimo que encontré por medio de su palabra para poder superar los obstáculos que pase en todo este camino; su sabiduría y su inteligencia siempre han estado a la disposición de parte de él para mi vida y es así que hoy me siento muy agradecida con el Creador del universo porque su favor y su misericordia son nuevas cada mañana.

A mis Padres Ernesto Romero y Argentina Molina por ser un gran ejemplo, siempre han trabajado arduamente para apoyarme de una manera incondicional para darme lo que necesito y mucho más. Gracias por apoyarme en lo económico, emocional, por toda esa confianza que me han tenido siempre, por inculcarme principios y valores que me han instruido para ser una mujer de bien. Padres queridos deseo honrarlos con este triunfo donde jugaron un papel determinante para mi vida.

A mis hermanos Mayra Yohana y Saúl Ernesto por ser mis mejores amigos que llenan de alegría y motivación mi existir me inspiran a mejorar cada día.

A mis Abuelitos gracias por brindarme muchos consejos que contribuyeron a mi bienestar.

A mis pastores y tíos Alfredo Molina, Gilmar González y Mayra Romero por abrirme las puertas de su hogar, por darme su confianza y apoyo en todo lo necesario pero en especial en el área espiritual y moral. Y así a toda mi familia gracias porque son parte importante en mi vida porque siempre cuento con su apoyo.

A **mis docentes** que durante el proceso de aprendizaje en este centro de estudios compartieron de sus conocimientos técnicos, fundamentos importantes para mi formación profesional y más que eso nos motivaron a luchar por aquello que más queremos.

A todos mis amigos que han sido parte de esta experiencia y a todos mis compañeros en especial a mis compañeras de tesis Maritza Rivera y Eliza Campos gracias por compartir juntas este proceso.

YESENIA YANIRA ROMERO MOLINA

INDICE

INTRODUCCION.....	I
-------------------	---

CAPITULO I

1. MARCO METODOLOGICO.

1.1. TITULO DE LA INVESTIGACION.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	4
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1. Objetivo General.....	5
1.5.2. Objetivos Específico.....	6
1.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.1 Delimitación Espacial.....	6
1.6.2 Delimitación Temporal.....	6
1.6.3 Delimitación Teórica.....	6
1.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	7

CAPITULO I

2. MARCO REFERENCIAL.

2.1 MARCO HISTORICO.

2.1.1. ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA.....	11
2.1.1.1. Antecedentes De La Auditoria A Nivel Mundial.....	11
2.1.1.2. Antecedentes De La Auditoria En El Salvador.....	13
2.1.1.3. Antecedentes De La Auditoria De Gestión.....	15
2.1.2. ANTECEDENTES DEL LABORATORIO CLINICO.....	19
2.1.2.1 Antecedentes del Laboratorio Clínico a Nivel Mundial.....	19

2.1.3	Antecedentes del Laboratorio Clínico en El Salvador.....	22
2.1.4	ANTECEDENTES DEL RECURSO HUMANO.....	24
2.1.5	ANTECEDENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA.....	28

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1	CONCEPTOS Y GENERALIDADES DEL LABORATORIO CLINICO.....	29
2.2.1.1	Importancia de el Laboratorio Clínico en la Salud Publica.....	30
2.2.1.2	Áreas de Servicio de Laboratorio Clínico.....	31
2.2.1.3	Personal del Laboratorio Clínico.....	32
2.2.1.4	Razones para Utilizar los Servicios de Laboratorio Clínico...	33
2.2.1.5	Funciones del Departamento de Laboratorio Clínico.....	33
2.2.2	CONCEPTOS Y GENERALIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS.....	34
2.2.2.1	Características Principales de los Recursos Humanos.....	35
2.2.3	Función del Departamento del Recurso Humano.....	35
2.2.4	GENERALIDADES DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN.....	36
2.2.4.1	Concepto de Auditoría de Gestión.....	36
2.2.4.2	Objetivos de la Auditoria de Gestión.....	38
2.2.4.3	Alcance de la Auditoria de Gestión.....	39
2.2.4.4	Limitaciones de la Auditoria de Gestión.....	41
2.2.4.5	Riesgo de la Auditoria de Gestión.....	42
2.2.4.6	Evaluación del Riesgo de Auditoría de Gestión.....	44
2.2.4.7	Técnicas para la Auditoría de Gestión.....	48
2.2.4.8	Fases de la Auditoria de Gestión.....	49
2.2.4.9	Evaluación del Sistema de Control Interno.....	53
2.2.4.10	Evidencia de Auditoría de Gestión.....	55

2.3 MARCO TECNICO Y LEGAL

2.3.1 MARCO TECNICO.....	62
2.3.1.1. Ley Reguladora del Ejercicio de la Contaduría Pública Y Auditoria.....	62
2.3.1.2. Código de Ética.....	62
2.3.1.3. Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (Naga's)...	63
2.3.1.4. Normas Internacionales de Auditoria (Nia's).....	64
2.3.1.5 Normas de Auditoria Gubernamental.....	65
2.3.1.6 Manual de Auditoria Gubernamental.....	67
2.3.2 MARCO LEGAL.....	68
2.3.2.1 Código de Salud.....	68
2.3.2.2 Ley del Servicio Civil.....	68
2.3.2.3 Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	69
2.3.2.4 Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias de Los Empleados Públicos.....	69
2.3.2.5 Junta de Vigilancia de la Profesión de Laboratorio Clínico...	70
2.3.2.6 Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.....	70
2.3.2.7 Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.....	71
2.3.2.8 Reglamento General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo.....	72

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	74
--------------------------------	----

3.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	74
3.2.1 Investigación Bibliográfica.....	74
3.2.2 Investigación de Campo	75
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	75
3.2.1 Cuestionario.....	75
3.3.2 Entrevista.....	76
3.3.3 Ficha Bibliográfica.....	76
3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	76
3.4.1 Universo.....	76
3.4.2 Muestra.....	76
3.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	77
3.5.1 Técnicas de análisis de datos.....	77
3.5.2 Técnicas de procesamiento de datos:.....	77
3.5.3 Validación de datos.....	77

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Auditoría de Gestión.....	79
4.2 Fase de Planeación.....	80
4.3 Fase de Ejecución.....	81
4.4 Informe de Auditoría.....	82
4.5 Controles Internos.....	83
4.6 Mecanismos o Controles.....	84
4.7 Mayor Eficacia.....	85
4.8 Beneficios Económicos.....	86
4.9 Control de Calidad al Laboratorio Clínico.....	87

4.10	Normas del Laboratorio Clínico.....	88
4.11	Productividad del Recurso Humano.....	89
4.12	Compras de Insumos del Laboratorio.....	90
4.13	Control para el Mantenimiento de Equipos.....	91
4.14	Clima Laboral.....	92
4.15	Promociones e Incentivos.....	93
4.16	Políticas de Selección y Formación.....	94
4.17	Manual de Funciones.....	95
4.18	Capacitación al Recurso Humano.....	96
4.19	Mayor Productividad.....	97
4.20	Mejor Servicio.....	98

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES.....	101
5.2	RECOMENDACIONES.....	102

CAPITULO VI

6. DESARROLLO DE UNA AUDITORIA DE GESTION EN LOS DEPARTAMENTOS DE LABORATORIO CLINICO Y RECURSOS HUMANOS, DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LA UNION, 2013.

6.1	PROCESO DE LA AUDITORIA DE GESTION.....	104
6.1.1	Fase de Planificación de la Auditoria de Gestión.....	105

6.1.2	Análisis General.....	109
6.2	Examen Preliminar.....	112
6.2.1	Ejecución del Examen Preliminar.....	113
6.2.1.1	Identificación de Líneas de Examen Preliminar (Lepa's).....	113
6.2.1.2	Identificación de las Fuentes de Criterios de Auditoria.....	114
6.2.1.3	Identificación de Criterios Generales de Auditoria..	114
6.2.1.4	Indicadores de Gestión.....	115
6.2.1.5	Informe de Examen Preliminar.....	115
6.2.1.6	Contenido del Informe de Examen Preliminar.....	116
6.3	FASE DE EXAMEN.....	119
6.3.1	Componentes de la Fase de Examen.....	121
6.3.2	Elaboración de Programas de Auditoria	121
6.3.3	Realización de Pruebas y Obtención de Evidencia.....	122
6.3.4	Comunicación de Presuntas Deficiencias.....	122
6.3.5	Desarrollo de Deficiencias Menores y de Hallazgos con sus Atributos.....	123
6.3.6	Finalización del Borrador de Informe.....	124
6.3.7	Carta Salvaguarda.....	125
6.4	FASE DE INFORME.....	125
6.5	CASO PRACTICO.....	130
6.5.1	Plan General de Auditoria.....	130
6.5.2	Cuestionario de Control Interno.....	147
6.5.3	Indicadores de Gestión.....	155
6.5.4	Índice de Referencias Papeles de Trabajo.....	157
6.5.5	Marcas de Auditoría de Gestión.....	158

6.5.6	Programas de Auditoria.....	159
6.5.7	Papales de Trabajo.....	178
6.5.8	Informe.....	243
	GLOSARIO.....	247
	BILBIOGRAFIAS.....	249
	ANEXOS.....	251

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Manual de Descripción de Puestos.....	180
Anexo N° 2: Informe Examen Psicológico Personal.....	184
Anexo N° 3: Evaluación de Entrevista.....	185
Anexo N° 4: Formulario de Evaluación de Desempeño Personal (Jefaturas, Médicos Y Paramédicos).....	191
Anexo N° 5: Formatos de Formularios de Evaluación de Desempeño.....	197
Anexo N° 6: Formatos de Información del Personal con Respecto a: Control de Permisos, Solicitud de Tiempo Extra, Cambio de Turno.....	206
Anexo N° 7: Vales de Viáticos.....	212
Anexo N° 8: Formato de Orden para Exámenes de Laboratorio.....	230
Anexo N° 9: Control de Llegadas y Citas Programadas de Pacientes de Consulta Externa.....	232
Anexo N° 10: Muestras de Pacientes Hospitalizados.....	234
Anexo N° 11: Separación de Muestras le Los Pacientes Hospitalizados.....	236
Anexo N° 12: Formato de Ficha de Requisición de Insumos.....	238
Anexo N° 13: Mantenimiento Preventivo para los Materiales Utilizados en las Muestras.....	240
Anexo N° 14: Entrevista De Evaluación Preliminar.....	252

Anexo N° 15: Cuestionario Preliminar al Departamento de Recursos Humanos.....	256
Anexo N° 16: Cuestionario Preliminar al Departamento de Laboratorio Clínico.....	258
Anexo N° 17: Cuestionario de Investigación.....	260
Anexo N° 18: Cuestionario para Evaluación de Usuarios de Recursos Humanos.....	263
Anexo N° 19: Cuestionario de Satisfacción de Usuarios.....	265

INTRODUCCIÓN

La auditoría de gestión es una técnica relativamente nueva de asesoramiento que ayuda a analizar, diagnosticar y establecer recomendaciones a las entidades, con el fin de conseguir con éxito una estrategia. Uno de los motivos principales por el cual una entidad puede decidir emprender una auditoría de gestión es el cambio que se hace indispensable para reajustar la gestión o la organización de la misma.

Las empresas del siglo XXI demanda la necesidad de implementar una gestión integrada de los recursos humanos, y los materiales; como todo proceso integrador, necesita de herramienta y control para el desarrollo eficaz del mismo, debido a esta necesidad, surge la concepción de realizar la de Auditoría de Gestión usada como mecanismo efectivo, no solo de diagnóstico si no que ayuda a perfeccionar u orientar nuevas políticas de los recursos humanos y los materiales dentro de la entidad.

El presente trabajo se ha dividido en seis capítulos los cuales se describen a continuación.

El capítulo I está enfocado en el Marco Metodológico de la investigación el cual se compone planteamiento del problema, buscando determinar si es importante el desarrollo de una auditoría de gestión, el enunciado de nuestro tema, luego se plantea la justificación indicando los sectores que serán beneficiados con la investigación, delimitaciones, objetivos, operacionalización de variables dicha información es una guía de gran beneficio para el trabajo de investigación el que se realizará en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

En el Capítulo II se desarrolla el Marco Referencial, en el cual están inmersos el Histórico, Teórico, Técnico y Legal, en el Histórico trata sobre un breve análisis sobre todos los antecedentes tanto de la auditoría de gestión a nivel mundial como en El Salvador, así mismo describe los antecedentes de los laboratorios clínicos y los recursos

humanos, como también se describen los antecedentes del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima. En el Teórico, este contiene todos los aspectos conceptuales de la auditoría de gestión así como de los recursos humanos y de los laboratorios clínicos. Retomando la información basada en libros, leyes, manuales. Para poder describir de la mejor manera todo lo referente a la temática a desarrollar. En el Técnico y Legal, se tomaron aspectos tanto Legales, como la Normativa Técnica, entre otros puntos que son de mucha importancia, que permitirán el mejor desarrollo del trabajo.

En el capítulo III se desarrolla la Metodología de la Investigación, en primer lugar, se concreta cual va a ser el tipo de investigación, considerando el tipo de estudio descriptivo, tomando como población y muestra a empleados de los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recurso Humano en estudio; obteniendo información de fuentes primarias y secundarias; se describen los instrumentos a utilizar para la obtención de datos.

En el capítulo IV se desarrolla el análisis e interpretación de resultados en donde se analizan los datos obtenidos por los resultados de la investigación hecha al personal de los departamentos.

En el capítulo V se encuentran las conclusiones y recomendaciones.

El Capítulo VI, contiene el Desarrollo de una Auditoria de Gestión en los departamentos de laboratorio clínico y recursos humanos, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión.

CAPITULO I

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO I. MARCO METODOLOGICO

1. MARCO METODOLOGICO

1.1 TITULO DE LA INVESTIGACION

Desarrollo de una Auditoria de Gestión en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de la Unión, 2013.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, se está presenciando un conjunto de transformaciones económico-social, generadas en gran medida por la globalización y el gran progreso en la tecnología de la información, lo que obliga a que haya una gran demanda y exactitud de la información respecto al desempeño de las empresas, además, de existir otro factor irrevocable, el tiempo, el cual obliga a cambiar numerosas cosas.

Al crecer las empresas, la administración se hace más complicada, adoptando mayor importancia la comprobación y el control interno, debido a una mayor delegación de autoridades y responsabilidad de los directivos.

El Hospital es un conjunto coordinado de elementos materiales, humano, y financiero, el cual desempeña un papel muy importante en desarrollo de la sociedad. Dentro de ella se genera una serie de procesos los cuales dan funcionalidad a las operaciones de la misma, tales procesos deben ser sometidos a una evaluación periódica y a un ambiente de control. El personal como uno de los elementos más importantes de un Hospital también está sometido a controles en el desarrollo de su gestión y es aquí donde surge la auditoría en el área de recursos humanos.

El departamento de Recursos Humanos no puede asumir que todo lo que hace es correcto, pues puede cometer errores. Las políticas asumidas en un período dado puede que se tornen obsoletas y al evaluarse así mismo el departamento detecta los problemas antes que éstos se conviertan en algo serio para la organización.

Actualmente, en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima no cuenta con controles adecuados de la salida de materiales es por esto que en muchos departamentos hay mucha demanda de materiales y su utilización no corresponde a la alta demanda de estos.

Tal situación demanda la necesidad de un control estricto de todos los procesos y políticas, que asume una empresa determinada en un espacio temporal definido y es precisamente en este entorno donde la auditoría como herramienta de control y vía eficaz para obtener la retroalimentación necesaria, entra a jugar su verdadero cometido.

Para evitar los problemas que se vienen presentando y salvaguardar la responsabilidad administrativa, deben evaluar periódicamente el sistema de control interno de la compañía como base de la auditoría de gestión, analizando hallazgos y evidencias con el fin de proporcionar resultados sobre la rentabilidad.

La auditoría de gestión que se desea aplicar al Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, constituye una parte importante en el proceso del análisis e incidencia de la rentabilidad, emitiendo una opinión sobre el cumplimiento de las responsabilidades de su director, a través de un examen objetivo y sistemático, con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño y rentabilidad del Hospital, orientado a mejorar la efectividad, eficiencia y economía para facilitar la toma de decisiones.

1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cómo contribuirá una Auditoría de Gestión en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima?

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación justifica su importancia práctica funcional en el ámbito local, regional ya que los resultados obtenidos contribuirán para el desarrollo del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, como para aquellos que se encuentren con los mismos problemas, o en su misma situación debido a que se puede considerar como una solución la realización de una Auditoría de Gestión.

Se entiende por Auditoría de Gestión como el examen completo de los planes, programas, proyectos y operaciones de una organización, para determinar el grado de eficiencia, efectividad y economía en la utilización de recursos, el logro de los objetivos planteados por la misma y la fidelidad con que los responsables cumplen con las normas jurídicas, con el fin de informar y emitir al nivel gerencial de la organización los resultados obtenidos y las acciones a seguir.

El proceso de una Auditoría de Gestión en una institución de beneficio público como lo es el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, resulta una herramienta necesaria y de gran utilidad para el mejoramiento institucional, trayendo como resultado de su aplicación beneficios potenciales en el departamento de Laboratorio Clínico y el departamento de Recurso Humano. Proporcionando instrumentos adecuados para examinar apropiadamente el manejo y utilización de los materiales y el rendimiento del personal, así como también contribuirá al alcance de los objetivos y metas institucionales relacionadas con estos departamentos.

El tema de investigación es considerado novedoso, ya que este lugar no cuenta con una auditoría interna que nos sirva de base para conocer las deficiencias de la institución es por ello que una Auditoría de Gestión en el departamento de laboratorio clínico y recurso humano es de gran utilidad por que con esto conoceremos la efectividad o las deficiencias que tienen, según los objetivos propuestos.

Debido a la diversificación de la rama de la auditoria se hace imprescindible realizar un estudio que contemple una aplicación eficiente de procedimientos y su debida aplicación, así como la implementación de controles efectivos en áreas específicas de la institución, de acuerdo a la normativa internacional y estándares de calidad establecidos.

Las visitas de campo para recopilar la información necesaria se harán en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos. Se contactara con los jefes de los respectivos departamentos quienes son los responsables del funcionamiento y dirección y con algunos de sus subordinados cuando se considere necesario.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Objetivo General.

- ✓ Realizar una Auditoría de Gestión a los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima para verificar el grado de eficiencia, eficacia y economía con el que se manejan los recursos y proponer alternativas de mejora y supervisión en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión 2013.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Identificar el proceso a seguir de una auditoría de gestión en los departamentos de laboratorio clínico y recursos humanos.
- ✓ Conocer los procedimientos de gestión utilizados Departamentos y responsables del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.
- ✓ Identificar los indicadores de gestión en los departamentos Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.
- ✓ Verificar y evaluar el grado de eficiencia, eficacia y economía de los resultados con respecto a las metas previstas del Hospital.
- ✓ Verificar que las operaciones de los departamentos de Laboratorio clínico y recursos humanos se han establecidos con los criterios de la auditoría de gestión.

1.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Delimitación Espacial

El desarrollo de la Auditoria de Gestión será realizado en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, departamento de la Unión, 2013.

1.6.2 Delimitación Temporal

La investigación se desarrollara en un período de nueve meses, comprendidos desde el mes de Febrero hasta Octubre de 2013.

1.6.3 Delimitación Teórica

Manual de Auditoria Gubernamental (Corte de Cuentas), Normas Internacionales de auditoría (aplicada a auditorías de carácter especial); y en concordancia con las Normas de Auditoría Gubernamental, con el fin de cumplir con normas de calidad profesional en la aplicación de los criterios durante el desarrollo de las funciones de las unidades de auditoría.

1.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	Tiempo de espera para recibir atención de primer nivel
AUDITORÍA DE GESTIÓN	
Definición Conceptual	Es aquella que se realiza para evaluar el grado de eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos previstos por la organización y con los que se han manejado los recursos.
Definición Operacional	Lo que se busca es ver si en los departamentos se está trabajando según los objetivos propuestos y conocer si los empleados son eficientes en sus labores asignadas.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamiento - Ejecución - Informe
Escala de Medición	Cuantitativo
Fuente	Al Director General, administrador general, al jefe de recurso humano y jefe de laboratorio clínico.
CONTROL DE GESTIÓN	
Definición Conceptual	Es el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección que permiten aumentar la probabilidad de que el comportamiento de las personas que forman parte de la Organización sea coherente con los objetivos de ésta.
Definición Operacional	Se busca que los controles del personal y los materiales utilizados en el laboratorio clínico sea llevado de manera eficiente
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Eficiencia - Eficacia - Economía
Escala de Medición	Cuantitativo
Fuente	A los recursos humanos y al laboratorio clínico

AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL LABORATORIO CLÍNICO	
Definición Conceptual	El funcionamiento de los sistemas de la calidad en los laboratorios incluye la realización de evaluaciones periódicas del grado de cumplimiento de las normas de aplicación y requisitos internos del sistema de gestión de la calidad, según el modelo implantado, por medio de las auditorías de la calidad.
Definición Operacional	Lo que se busca es conocer si los recursos tanto humanos como materiales están siendo evaluados periódicamente.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Control de calidad. - Cumplimiento de normas - Productividad - Compras - Mantenimiento
Escala de Medición	Cualitativa
Fuente	Departamento de Laboratorio Clínico
AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL RECURSO HUMANO	
Definición Conceptual	La Auditoría de la Gestión de Recursos Humanos es una función de soporte al proceso de toma de decisiones de la Dirección General, las jefaturas de recursos humanos, así como para autoridades de las instituciones.
Definición Operacional	Conocer la eficiencia del recurso humano y el ambiente laboral que estos reciben.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Productividad

	<ul style="list-style-type: none"> - Clima laboral - Políticas de promoción e incentivos - Políticas de selección y formación - Diseño de tareas y puestos de trabajo
Escala de Medición	Cualitativa
Fuente	Departamento de Recurso Humano
VALOR AGREGADO AL RECURSO HUMANO Y LABORATORIO CLÍNICO.	
Definición Conceptual	Es el valor adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo.
Definición Operacional	Identificar cuáles son los incentivos que se le dan al recurso humano y laboratorio clínico para el mejoramiento de las operaciones.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor calidad - Mejor servicio - Mayor productividad
Escala de Medición	Cualitativa
Fuente	Al Director General, administrador general, al jefe de recurso humano y jefe de laboratorio clínico.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTORICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA

2.1.1.1 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA A NIVEL MUNDIAL

La auditoría como profesión fue reconocida por primera vez bajo la ley británica de sociedades anónimas en 1862 y su reconocimiento general tuvo lugar durante el periodo de mandato de la Ley, un sistema metódico y normalizado de contabilidad era deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude.

Desde 1862 hasta 1905, la profesión de la Auditoria creció y floreció en Inglaterra, y se introdujo en los Estados Unidos hacia 1900. La primera Asociación en Estados Unidos fue la Asociación Americana de Contadores Públicos, se fundó en 1887, la Escuela de Comercio, Contabilidad y Finanzas en el año 1900, la Federación de Sociedades de Contadores Públicos en 1902 y en 1905 la Federación de Sociedades de Contadores Públicos se fusionó con la Asociación Americana de Contadores Públicos; dando como resultado lo que hasta hace poco es El Instituto Americano de Contadores Públicos.

En Inglaterra se hizo hincapié en cuanto a la detección del fraude como objetivo primordial de la auditoria, a los estudiantes se les enseñaba que los objetivos primordiales de la Auditoria eran: La detección y prevención del fraude, La detección y prevención de errores; cerciorarse de la condición financiera y de las ganancias de una empresa.

La auditoría como actividad de control de la función económica financiera de cualquier empresa, surge en el momento en que la propiedad de los recursos financieros asignados a usos productivos ya no estaba en manos de una sola persona; en consecuencia del desarrollo extraordinario de las sociedades anónimas como forma jurídica de empresa surgió la necesidad de que la información contable facilitada a los accionistas y a los acreedores respondiera realmente a la situación patrimonial y económica-financiera de la empresa.

Hasta inicios del siglo XX el trabajo de los auditores se concentraba principalmente en el balance que los empresarios tenían que presentar a sus banqueros para solicitar préstamos.

Fue a partir de 1900, cuando la Auditoría o Contaduría Pública se le asignó el objetivo de analizar la rectitud de los estados financieros. Después de esa fecha la función del auditor como detective fue quedando atrás y el objetivo principal del trabajo pasó a ser la determinación de la rectitud o razonabilidad que los Estados Financieros reflejaban la situación patrimonial y financiera de la empresa; el resultado de las operaciones a cargo de la auditoría financiera que fue pionera en este campo.

Durante muchas décadas la auditoría permaneció unida a la detección y prevención de fraude y de las irregularidades; pero la evolución económica y social de las últimas décadas ha traído consigo cambios sustanciales en el campo de la auditoría. Con el devenir del tiempo y en una época más reciente surge la auditoría operacional o de gestión, la auditoría gubernamental, la auditoría administrativa.

En los últimos tiempos surgen ya auditorías más específicas como la Auditoría Social, la Auditoría Informática y Auditoría Ambiental; cuyo alcance y objetivos va más allá de las cifras de estados financieros, como la Auditoría de Gestión y su enfoque más conocido de Modelo de Control Interno según COSO que mide el desempeño de la

administración a través de factores internos como el ambiente de control, la evaluación de riesgos, las actividades de control, entre otros que orientan a elementos importantes para la auditoría de riesgos que vulneran los objetivos empresariales.¹

2.1.1.2 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA EN EL SALVADOR

Un acontecimiento que tuvo importancia e influyó para la profesión de Contador Público se reconociera oficialmente fue la contratación por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito, de una Firma de Auditores de origen inglés para estudiar la Contaduría Pública en El Salvador y proponer los medios para corregir sus deficiencias. Esta firma fue la denominada “Layton Bennet Chiene and Tait” la cual, al concluir su trabajo y presentar su informe se marchó a su país de origen y dos de los auditores de esa firma se quedaron en el país ejerciendo la Contaduría Pública en forma independiente fueron ellos: William Braim y Lyon Sullivan, quienes fueron los únicos que durante la década de 1929, 1939 ejercieron de manera profesional la contaduría en El Salvador.

En 1930 un grupo de colegas llenos de optimismo y entusiasmo propios de la juventud de ese tiempo, deseosos de mejorar sus estudios capacidades y desarrollo profesional; se reunieron en el local de la sociedad de empleados de comercio ahora, Asociación de Ejecutivo Profesionales y Empresarios de El Salvador “ASEPES” el cinco de octubre de 1930, a invitación del colega Carlos Valmore Martínez (Q.E.P.E.) Para razonar sobre la conveniencia de organizar una gremial de contadores, y oídas de opiniones de varios concurrentes acordaron unánimemente dar por fundada la denominación de “*Asociación de Contadores de El Salvador*” que posteriormente se modificó a “*Corporación de Contadores de El Salvador*”.

En El Salvador se institucionalizó la profesión de la Contaduría Pública a mediados de la cuarta década del siglo XX, para culminar con el Decreto Legislativo No. 57 publicado

¹Auditoría un Enfoque Integral, décima edición.

en el Diario Oficial No. 223 del año 1940; nombrándose pocos días después la primera Junta Directiva de aquel entonces, Consejo Nacional de Contadores Públicos, iniciándose así el Ejercicio Profesional de la Contaduría Pública.

En el año 1965, se concedió autorización para que las personas con títulos de Tenedor de Libros mediante dos años de estudios pudieran obtener el título de Contador, y así poder ingresar a las Universidades.

En los años 1969 a 1971 la Universidad de El Salvador fundó la Escuela de Contaduría Pública, formando parte de la Facultad de Ciencias Económicas con la finalidad de formar profesionales en la carrera de la Contaduría Pública y Auditoría, ya que quienes ejercían la profesión eran Contadores Públicos Certificados autorizados por la Corporación de Contadores de El Salvador.

La base legal del ejercicio de la Contaduría y Auditoría en el País es considerada en el Código de Comercio artículo No. 235 que entró en vigencia el 1 de abril de 1971.

El 31 de Octubre de 1997 se fundó el Instituto Salvadoreño de Contadores Públicos, el cual nace por acta notarial de fusión otorgada por el Colegio de Contadores Públicos de El Salvador, La Asociación de Contadores Públicos de El Salvador y el Colegio Salvadoreño de Contadores Públicos.

El 26 de enero de 2000 se emite Decreto Legislativo No.826 el cual incluye las reformas de algunos artículos del Código de Comercio, en la misma fecha se emitió Decreto Legislativo No.828 dando origen a la primera Ley que regularía el ejercicio del Contador Público; titulada Ley Reguladora del Ejercicio de la Contaduría. Actualmente en El Salvador, el Estado delega en las instituciones de educación superior (universidades estatales y privadas reconocidas oficialmente por el Ministerio de Educación), la facultad de expedir dicho título a quienes hayan cumplido los requisitos académicos necesarios, quedando sujeto el ejercicio de la profesión contable

independiente al registro respectivo ante el Consejo de Vigilancia de la Contaduría Pública, conforme a lo establecido en el Art. 290 del Código de Comercio.

El 15 de diciembre de 2000, se estableció que la elaboración y presentación de la información financiera de las empresas en base a Normas Internacionales de Contabilidad, serian de carácter obligatorio a partir del 1 de enero de 2002

2.1.1.3 ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA DE GESTION

La auditoría existe desde tiempos muy remotos aunque no como tal, debido a que no existían relaciones económicas complejas con sistemas contables. Desde los tiempos medievales hasta la Revolución Industrial, el desarrollo de la auditoría estuvo estrechamente vinculado a la actividad puramente práctica y desde el carácter artesanal de la producción el auditor se limitaba a hacer simples revisiones de cuentas por compra y venta, cobros y pagos y otras funciones similares con el objetivo de descubrir operaciones fraudulentas. Así como determinar si las personas que ocupaban puestos de responsabilidad fiscal en el gobierno y en el comercio actuaban e informaban de modo honesto, esto se hacía con un estudio exhaustivo de cada una de las evidencias existentes. Esta etapa se caracterizó por un lento desarrollo y evolución de la auditoría.

Durante la Revolución Industrial el objeto de estudio comienza a diversificarse se desarrolla la gran empresa y por ende la contabilidad, y a la luz del efecto social se modifica, el avance de la tecnología hace que las empresas manufactureras crezcan en tamaño, en los primeros tiempos se refería a escuchar las lecturas de las cuentas y en otros casos a examinar detalladamente las cuentas coleccionando en las primeras, las cuentas “oída por los auditores firmantes” y en la segunda se realizaba una declaración del auditor.

Los propietarios empiezan a utilizar los servicios de los gerentes a sueldos. Con esta separación de la propiedad y de los grupos de administradores la auditoría protegió a los

propietarios no solo de los empleados sino de los gerentes. “Ya a partir del siglo XVI las auditorías en Inglaterra se concentran en el análisis riguroso de los registros escritos y la prueba de la evidencia de apoyo. Los países donde más se alcanza este desarrollo es en Gran Bretaña y más adelante Estados Unidos”.²

“Ya en la primera mitad del siglo XX de una Auditoría dedicada solo a descubrir fraudes se pasa a un objeto de estudio cualitativamente superior. La práctica social exige que se diversifique y el desarrollo tecnológico hace que cada día avancen más las industrias y se socialicen más, por lo que la Auditoría pasa a dictaminar los Estados Financieros, es decir, conocer si la empresa está dando una imagen recta de la situación financiera, de los resultados de las operaciones y de los cambios en la situación financiera. Así la Auditoría daba respuesta a las necesidades de millones de inversionistas, al gobierno, a las instituciones financieras”.³

En etapas muy recientes, en la medida en que los cambios tecnológicos han producido cambios en los aspectos organizativos empresariales y viceversa, la Auditoría ha penetrado en la gerencia y hoy se interrelaciona fuertemente con la administración además a ampliado su objeto de estudio y ha sido motivado por las exigencias sociales y de la tecnología en su concepción más amplia pasa a ser un elemento vital para la gerencia a través de la cual puede medir la eficacia, eficiencia y economía con lo que se proyectan los ejecutivos. “En el año de 1935, James O. McKinsey, en el seno de la American Economic Association sentó las bases para lo que él llamó "auditoría administrativa", la cual, en sus palabras, consistía en "una evaluación de una empresa en todos sus aspectos, a la luz de su ambiente presente y futuro probable." Viendo ya la necesidad de las revisiones integrales y analizando a la empresa como un todo en 1945, el Instituto de Auditores

Internos Norteamericanos menciona que la revisión de una empresa puede realizarse analizando sus funciones. A fines de 1940 cuando los analistas financieros y los

²ARMADA, Trivas Elvira, “Evolución de la Auditoría”, *La revista del empresario cubano*, Cuba 2006 p.

³ FRANKLIN, Enrique B. *Auditoría Administrativa*, Editorial McGraw Hill, México 2000, p. 5

banqueros expresaron el deseo de tener información que le permitiera realizar una evaluación administrativa trajo consigo el surgimiento de otro tipo de Auditoría, la de gestión.”

“En 1949, Billy E. Goetz declara el concepto de auditoría administrativa, que es la encargada de descubrir y corregir errores de administrativos. Seis años después, en 1955, Harold Koontz y Ciryll O'Donnell, también en sus Principios de Administración, proponen a la auto-auditoría, como una técnica de control del desempeño total, la cual estaría destinada a "evaluar la posición de la empresa para determinar dónde se encuentra, hacia dónde va con los programas presentes, cuáles deberían ser sus objetivos y si se necesitan planes revisados para alcanzar estos objetivos.”⁴

El interés por esta técnica lleva en 1958 a Alfred Klein y Nathan Grabinsky a preparar el Análisis Factorial, obra en cual abordan el estudio de "las causas de una baja productividad para establecer las bases para mejorarla a través de un método que identifica y cuantifica los factores y funciones que intervienen en la operación de una organización. En 1962, William Leonard incorpora los conceptos fundamentales y programas para la ejecución de la Auditoría Administrativa. A finales de 1965, Edward F. Norbeck da a conocer su libro Auditoria Administrativa, en donde define el concepto, contenido e instrumentos para aplicar la auditoría. Asimismo, precisa las diferencias entre la auditoría administrativa y la auditoría financiera, y desarrolla los criterios para la integración del equipo de auditores en sus diferentes modalidades.

En 1975, Roy A. Lindberg y Theodore Cohn desarrollan el marco metodológico para instrumentar una auditoría de las operaciones que realiza una empresa; y Gabriel Sánchez Curiel, en 1987, “aborda el concepto de Auditoría Operacional, la metodología para utilizarla, la evaluación de sistemas, el informe y la implantación y seguimiento de sugerencias, mientras que John Williams Wingate en su obra “Auditoria Administrativa para comerciantes”, señala como evaluar el comportamiento comercial de la empresa.

⁴FRANKLIN, Enrique B., Óp. Cit. p. 6

En 1989, Joaquín Rodríguez Valencia analiza los aspectos teóricos y prácticos de la auditoría administrativa, las diferencias con otra clase de auditorías, los enfoques más representativos, incluyendo su propuesta y el procedimiento para llevarla a cabo.

En 1994, Jack Fleitman S. incorpora conceptos fundamentales de evaluación con un enfoque profundo; muestra las fases y metodología para su instrumentación, la forma de diseñar y emplear cuestionarios y cédulas, y presenta un caso práctico para ejemplificar una aplicación específica.

Desde sus inicios, la necesidad que se le plantea al administrador de conocer en que está fallando o que no se está cumpliendo, lo lleva a evaluar si los planes se están llevando a cabalidad y si la empresa está alcanzando sus metas. Forma parte esencial del proceso administrativo, porque sin control, los otros pasos del proceso no son significativos, por lo que además, la auditoría va de la mano con la administración, como parte integral en el proceso administrativo y no como otra ciencia aparte de la propia administración.

Después de la revolución industrial el balance y la complejidad de los negocios se amplía notablemente, al aumentar en tamaño las compañías emplearon mayor número de personas y sus sistemas contables se volvieron mucho más desarrollados, esto llevó al establecimiento de controles internos efectivos para proteger los activos, prevenir y detectar desfalcos.

El propósito fundamental de estas primeras auditorías era detectar desfalcos y determinar si las personas en posiciones de confianza estaban actuando e informando de manera responsable.

La Auditoría de Gestión surgió de la necesidad para medir y cuantificar los logros alcanzados por la empresa en un período de tiempo determinado. Surge como una manera efectiva de poner en orden los recursos de la empresa para lograr un mejor desempeño y productividad. Desde el mismo momento en que existió el comercio se llevaron a cabo auditorías de algún modo. Las primeras fueron revisiones meticulosas y detalladas de los registros establecidos para determinar si cada operación había sido

asentada en la cuenta apropiada y por el importe correcto. Hoy en día, el inversionista, el accionista, las actividades del gobierno, y el público en general, busca información con el fin juzgar la calidad administrativa.

2.1.2 ANTECEDENTES DEL LABORATORIO CLINICO

2.1.2.1 ANTECEDENTES DEL LABORATORIO CLINICO A NIVEL MUNDIAL

Los laboratorios clínicos tienen poco más de 100 años de existencia durante los cuales han experimentado una gran evolución, que en los últimos 30 años puede calificarse de revolución. A comienzos de los años sesenta el número de determinaciones que se realizaban en los laboratorios clínicos era reducido. La mayoría de los reactivos se preparaban en el propio laboratorio y los métodos analíticos eran, en general, poco específicos, con gran cantidad de interferencias y errores. En esa época los clínicos utilizaban la máxima “si un resultado analítico no encaja con el cuadro clínico, hay un error del laboratorio”.

Los laboratorios clínicos, que habían experimentado una lenta evolución durante las décadas precedentes, sufrieron un cambio profundo menos coincidente en el tiempo y relacionado: la producción industrial de equipos de reactivos y la automatización. El crecimiento de la demanda de pruebas como consecuencia de los mayores conocimientos de fisiopatología, así como el enorme desarrollo de la industria química que tuvo lugar en los primeros años sesenta, hizo que un gran número de compañías químicas comenzaran a fabricar reactivos con fines diagnósticos. La fabricación industrial de reactivos en grandes cantidades aseguraba la estandarización de las pruebas y garantizaba mejor su calidad. Como consecuencia de esto, surgieron los denominados equipos de reactivos (kit). Dos hechos clave en el desarrollo de los equipos de reactivos fueron la utilización como reactivos de las enzimas (métodos enzimáticos) y los

anticuerpos (métodos inmunológicos). El uso de los anticuerpos adquirió una nueva dimensión con los anticuerpos monoclonales.

La automatización hizo posible procesar la gran cantidad de determinaciones que comenzaba a solicitarse a los laboratorios clínicos. Los primeros sistemas automáticos eran rudimentarios, producían gran cantidad de problemas y utilizaban volúmenes de muestra elevados. Pero, a pesar de estos inconvenientes, representaban un gran avance con relación a los métodos manuales.

Durante los años setenta y ochenta siguió creciendo el número de solicitudes por parte de los clínicos, así como su presión para reducir los tiempos de respuesta, lo que llevó a la construcción de equipos analíticos muy potentes con una elevada capacidad de proceso. Simultáneamente, se mejoraban los métodos analíticos y se hacía posible un número mayor de determinaciones diferentes en los analizadores automáticos. La automatización ha influido decisivamente en el desarrollo de nuevos métodos y pruebas, de forma que algunas de las técnicas actuales no hubieran sido posibles sin la automatización. También, en esta época comenzaron a aparecer sistemas automáticos para inmuno- análisis, lo que permitió incorporar determinaciones hormonales, proteínas específicas y marcadores tumorales a la rutina diaria automatizada. Durante los últimos años, la automatización se ha ido introduciendo técnicas han descendido en cuanto a complejidad y duración y los tiempos de análisis son cada vez más cortos, lo que permite a la mayoría de los laboratorios en su catálogo.

La expansión de la industria del diagnóstico ha cambiado el lugar de desarrollo de la mayoría de las metodologías analíticas. En los primeros tiempos, los titulados superiores que trabajaban en los laboratorios, principalmente los de los hospitales, eran los encargados del desarrollo de los nuevos métodos, que posteriormente pasaban a la industria que los comercializaba.

Sin embargo, desde hace ya algunos años las compañías químicas son los lugares de desarrollo de las nuevas técnicas y metodologías. Los titulados superiores que trabajan en los laboratorios clínicos en la actualidad dedican su atención a la evaluación sobre el terreno de los equipos comerciales. Además, en los últimos años, las compañías dedicadas a la fabricación de equipos de reactivos diagnósticos asociadas con los fabricantes de los analizadores están lanzando al mercado equipos de reactivos cada vez más cerrados, de forma que sólo pueden utilizarse con un sistema específico, por lo que la modificación de estos equipos comerciales es cada vez más difícil. Este hecho tiene ventajas e inconvenientes, pero desde el punto de vista del análisis y las modificaciones que pudieran introducirse en el laboratorio clínico, es una limitación importante.

Las tendencias de los últimos años apuntan hacia laboratorios clínicos con gran capacidad de trabajo, ya que tienen muchas ventajas con relación a los pequeños.

Generalmente, es menor el coste por prueba en los laboratorios grandes que procesen grandes lotes al ser menor la incidencia de los costes comunes de cada prueba. Las inversiones en garantía de calidad de los laboratorios grandes son mayores que las de los pequeños. Por todo lo apuntado, las tendencias actuales caminan hacia la fusión de pequeños laboratorios para crear laboratorios con gran capacidad de procesado.

En el mismo sentido que las ideas desarrolladas anteriormente, los últimos años han sido testigos de la introducción masiva de los ordenadores en los laboratorios clínicos. Aparte del control de la instrumentación analítica, principalmente los analizadores automáticos, los ordenadores son la piedra fundamental de los sistemas de gestión integral de los laboratorios clínicos.

Además de manejar todos los datos producidos en el laboratorio (admisión de pacientes, distribución de tareas, captación de resultados, control de calidad, edición de informes, archivos históricos), los sistemas informáticos de laboratorio permiten otras funciones, como la gestión de almacenes y la contabilidad analítica y presupuestaria. En este

momento se está asistiendo a la creación de redes informáticas, donde las peticiones de pruebas analíticas se hacen directamente por el clínico a través de ordenador y los resultados se reciben también a través del ordenador. Así pues, los sistemas informáticos han permitido una mejor gestión de los laboratorios clínicos, con unos resultados espectaculares en cuanto a la edición de informes, la consulta de archivos históricos y la contabilidad analítica y presupuestaria.⁵

2.1.2.2 ANTECEDENTES DEL LABORATORIO CLINICO EN EL SALVADOR

Allá por los años veinte aparece el Dr. Luis V. Velasco, entonces decano de la facultad de medicina de la Universidad de El Salvador, quien se interesó en la formación de profesionales en Laboratorio Clínico. Con la idea de establecer posteriormente la enseñanza de esta disciplina, se envía a Francia a dos estudiantes de cuarto año de la Carrera de Medicina. Son ellos Tomas Mena y Alfredo Reina Guerra.⁶

Posteriormente estos señores regresan graduados del Instituto Pasteir. De Paris llenos de todo entusiasmo; desgraciadamente, las autoridades de la Facultas ya habían cambiado, y las políticas de dirección eran otras.

Así, sin que nadie al parecer se inmutara, se perdió una magnífica oportunidad para iniciar con pie firme un despegue de tan importante área de la medicina. Ante la imposibilidad de incorporarse de una manera formal, como docente de la Facultad de Medicina. Alfredo Reina Guerra instala si propio laboratorio clínico en 1927 y lo denomina “Laboratorio Reina guerra” fue este Laboratorio de colaboración al médico y al mismo tiempo, industrial.

⁵www.americallab.net

⁶Historia de la medicina en el salvador, Carlos Infante Meyer, imagine consultores S.A de C.V. 1ª edición, México 1934, pág. 32-33

Posiblemente aguijones por el éxito científico el Dr. Reina Guerra, dos médicos jóvenes de la época siguen la especialidad de laboratorio clínico y organizan sus laboratorios propios. Son ellos los Doctores Salvador G. Aguilar y Miguel Alonso Molina. Es aquí precisamente donde por primera vez aparece el término “Laboratorio Clínico” los doctores Aguilar y Molina se dedican, Paralelamente a ejercer la docencia en la Facultad de Medicina.

Ya en 1935 el consejo superior Universitario, en sesión del mes de julio, declara que “había una plétora de médicos” y acuerda determinar “las nuevas facultades o labores docentes y culturales con que cuenta la Universidad de El Salvador debe multiplicar sus actividades de manera de ser más útil de ser más útil a las necesidades del país”.

Constituye este acuerdo al inicio de una inquietud que más tarde fuera fructificaría: la diversificación de carreras dentro de la Facultad de Medicina. Sin embargo, no fue si hasta 1957 que los doctores George Knabe, Max Block y Fabio Castillo empiezan a reunirse para tratar de elevar el nivel de preparación del personal que laboraba en los laboratorios de todos los hospitales del país. Es así como deciden organizar cursos, especialmente diseñados para técnicos en Laboratorio.

El 16 de enero de 1958 aparece finalizado el “Proyecto para los Cursos de Técnicos Auxiliares de la Medicina”, con su reglamento respectivo y con el debido del entonces decano de la Facultad de Medicina, Dr. Satumino Cortez Martínez.

El 13 de mayo del mismo año, la junta directiva de la Facultad de Medicina aprueba el “Plan de Estudios para Técnicos de Laboratorio Medico”. Esta fecha es considerada como el inicio de la Escuela de Tecnología Médica y la misma junta directiva nombra como su primer director al Dr. George Knabe.

En septiembre de 1959, la Escuela de Tecnología amplía sus actividades a la formación de Técnicos en Rayos X, Anestesia y Fisioterapia. Pero esta ampliación solo se hace efectiva 13 años después.

Así en 1960 se introduce la obligatoriedad del año de servicio social, aumentándose en un año la duración de la carrera, de tal manera que el Técnico en Laboratorio Medico llevo a tener un plan de estudios de 3 años.

2.1.3 ANTECEDENTES DE LOS RECURSOS HUMANOS

Las tres eras del siglo XX (Industrialización clásica, neoclásica y era de la información) apartaron diversos enfoques sobre cómo tratar a las personas en las organizaciones.

Durante el curso de estas tres eras, el área de Recursos Humanos atravesó tres etapas distinta: Relaciones industriales, recursos humanos y gestión con personas. Cada enfoque se ajusta a los esquemas de su época, a la mentalidad predominante y a las necesidades de las organizaciones.

Cambios y transformaciones en el escenario mundial.

El siglo XX introdujo grandes cambios y transformaciones que influyeron en las organizaciones, en su administración y en su comportamiento. Este fue un siglo que puede definirse como el siglo de la burocracia o el siglo de las fábricas, a pesar del cambio acelerado de las últimas décadas.

En ese sentido, durante el siglo XX podemos distinguir tres eras organizacionales diferentes: la era industrial clásica, la era industrial neoclásica y la era de la información. Conocer la característica de cada una permitirá comprender mejor las filosofías y prácticas para tratar con las personas que laboran en las organizaciones.

En la industrialización clásica: El período que sigue a la revolución Industrial y que se extendió hasta los mediados de los 1950, cubriendo la primera mitad del siglo XX. (Su principal característica fue la intensificación del fenómeno de la industrialización en todo el mundo y el surgimiento de los países desarrollados o industrializados. En este largo periodo de crisis las empresas adoptan la estructura organizacional burocrática

caracterizada por su forma piramidal y centralizada que hace énfasis en la departamentalización funcional, la centralización de las decisiones en la cima de la jerarquía, el establecimiento de normas y reglamentos internos para disciplinar y estandarizar el comportamiento de las personas.

La teoría clásica de la administración y el modelo burocrático surgieron como medida exacta para las organizaciones de esa época. La teoría clásica de la administración y el modelo burocrático surgieron como medida exacta para las organizaciones de esa época.

La eficiencia de las persona era la preocupación básica y para alcanzarlas era necesarias medidas de estandarización y simplificación, así como la especialización de la fuerza laboral para permitir la escala de producción mayores a costos menores. El modelo organizacional se basa en un diseño mecanizado característico del sistema cerrado.

Las personas se consideraban como recursos de producción junto con los otros recursos organizacionales como las maquinas, equipo y capital, conjunción típica de los tres factores tradicionales de producción: tierra, capital y trabajo. Dentro de esa concepción la administración de las personas recibía el nombre de Relaciones Industriales. Los departamentos de relaciones industriales actuaban como órganos intermediarios y conciliadores entre la organización y las personas para evitar los conflictos laborales, como si las dos partes fueran compartimientos de estanco.

El hombre se consideraba un apéndice de la máquina, y como esta debería ser estandarizado en la medida de lo posible. Por lo que adicional se implementaron mecanismos de control para extender la masificación de los procesos y del desempeño de la mano de obra como medio de producción.

Surgen los antiguos departamentos de personal, y posteriormente, los departamentos de relaciones industriales. Los primeros eran órganos destinados a hacer cumplir las exigencias legales respecto al empleo: admisión a través de contrato individual, inscripción en la nómina, contabilidad de las horas trabajadas para el pago, llamadas de atención y medidas disciplinarias por el incumplimiento del contrato, contabilización de

días festivos, entre otros. Más tarde los departamentos de relaciones industriales asumen el mismo papel y agregan otras tareas como la relación de la organización con los sindicatos.

Los departamentos de relaciones industriales se restringen a actividades operacionales y burocráticas, y reciben instrucciones de la cúpula sobre cómo proceder. Las personas son consideradas como apéndices de las máquinas y meras proveedoras de esfuerzo físico y muscular; predomina el concepto de mano de obra.

En la industrialización neoclásica: La Era de la Industrialización Neoclásica comprendía desde el periodo de 1950 a 1990. Se inició después de la segunda guerra mundial cuando el mundo comenzó a cambiar con más rapidez e intensidad. La velocidad del cambio aumento de manera progresiva. Las transacciones comerciales pasaron del ámbito local al ámbito regional y de este al ámbito internacional, tornándose cada vez más intensas y menos previsible y acentuando a la competencia ente las empresas.

La teoría clásica fue sustituida por la teoría neoclásica de la administración y el modelo burocrático fue replanteado por la teoría estructuralista. La teoría de las relaciones humanas fue sustituida por la teoría del comportamiento.

Al poco tiempo, la cultura organizacional imperante en las empresas dejo de privilegiar las tradiciones antiguas y obsoletas y paso a centrarse en el presente, permitiendo que el conservadurismo y el mantenimiento del status quo dieran paso a la innovación y al cambio de hábitos y de maneras de pensar y de actuar.

La vieja concepción de relaciones industriales fue sustituida por una nueva forma de administrar a las personas, que recibió el nombre de administración de recursos humanos. Los departamentos de recursos humanos veían a las personas como recursos vivos e inteligentes y no como factores inertes de producción; los recursos humanos se convirtieron en el más importante recurso organizacional y factor determinante del éxito empresarial.

La tecnología experimento un increíble e intenso desarrollo y comenzó a influir en el comportamiento de las organizaciones y de las personas que participan en estas. El mundo seguía cambiando, y los cambios eran cada vez más veloces y acelerados. Se vio la necesidad de crear centros de control a nivel de procesos por lo que se implanto la auditoría interna como herramienta dentro de las empresas como un departamento que dependía de la gerencia para controlar y evaluar cada área dentro de la empresa y en específico se enfocó en el área de recurso humano.

Surgen los departamentos de recursos humanos, que sustituyen a los antiguos departamentos de relaciones industriales. Además de las áreas rutinarias y burocráticas, los denominados departamentos de Recursos Humanos, desarrollan funciones operacionales y tácticas como órganos prestadores de servicios especializados. Se encargan del reclutamiento, la selección, la capacitación, la evaluación la remuneración, la higiene y seguridad en el trabajo y las relaciones laborales y sindicales, y muestran diverso grado de centralización y monopolio de estas actividades.⁷

En la era de la información: Periodo que comenzó en la década de 1990. Su característica principal son los cambios, que se tornan más rápidos, imprevistos, turbulentos e inesperados. La información cruzo el planeta en milésimas de segundos. La tecnología de la información suministro las condiciones básicas para el surgimiento de la globalización de la economía mundial y global. La competitividad se volvió intensa y compleja entre las organizaciones. El capital financiero dejo de ser el recurso más valioso y cedió el lugar al conocimiento. Más importante que es dinero es el conocimiento sobre como emplearlo y aplicarlo con rentabilidad. La nueva tendencia de las técnicas de auditoría se diversifico y se enfocó en áreas estratégicas de la empresa como entidad económica y desarrollo formas y métodos de evaluación y control de áreas claves derivándose de la auditoría interna, la auditoría de recursos humanos que contribuyo a optimizar y equilibrar los patrones de control del personal con la obtención

⁷Chiavenato, Idalberto. Gestión del Talento Humano, 1º Edición, México Mc Graw Hill Colombia, 2002. Pág. 38.

de un adecuado clima organizacional además de proporcionar recomendaciones no solo acerca del desempeño del recurso humano sino también recomendaciones a la gerencia sobre como proporcionar un óptimo clima organizacional para el óptimo desarrollo del recurso humano.

2.1.4 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA.

En cuanto a asistencia en salud se refiere se da inicialmente en un puesto de salud ubicado en esquina opuesta al mercado municipal, en el año de 1950, con el aumento de la población la cual demandaba más y mejores servicio de salud en 1967 se fundó la unidad de salud ubicada sobre la calle ruta militar en el Barrio las Delicias.

Al analizar la demanda de usuarios que aumentaba el Ministerio de salud considero la apertura de un Centro de salud para ampliar los servicios de medicina curativa, preventiva, recuperación y rehabilitación en el año de 1979 se inicia la construcción del centro de salud inaugurado el 3 de Noviembre de 1980 y se apertura el 4 de Noviembre del mismo año.

Es hasta el día 5 de Enero de 1981 se da apertura el área Hospitalaria y el 10 de enero la apertura de la unidad de emergencia. El 22 de Octubre de 1991 se inaugura el servicio de fisioterapia. En el año de 1995 se acredita como hospital amigos de los niños. En el año de 1997 el centro de salud pasa a ser nominado Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

En febrero del 2006 se separa el primer nivel de atención del hospital y pasa a las nuevas instalaciones de la Unidad de salud periférica.

Al momento es centro de referencia de 12 unidades de salud con sus ECOS Familiares y Especializados de la zona norte del SIBASI del departamento de La Unión.⁸

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 CONCEPTOS Y GENERALIDADES DE LABORATORIO CLINICO

El Laboratorio Clínico es el lugar donde se prestan servicios profesionales que consisten en aplicar los conocimientos y técnicas de las ciencias fundamentales para el estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes. Las áreas en las que trabajan los laboratorios clínicos son las siguientes: Hematología, Inmunología, Microbiología y Bioquímica.⁹

Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en servicios de Laboratorios de Salud, los laboratorios de análisis clínicos, de acuerdo con sus funciones y categorías, se pueden dividir en:

Laboratorios Centrales: Son aquellos que poseen múltiples funciones de referencia, tales como: adiestramiento, investigación aplicada, inspección, destinos, traslados de personal, suministros de reactivos y conservación de material, además deben poseer todas las especialidades importantes ya que la cantidad, cada vez mayor, de análisis puede rebasarla capacidad de los medios disponibles en el laboratorio.

Laboratorios intermedios: Las instalaciones de estos laboratorios deben reunir distintas condiciones según sea conveniente, además deben depender del hospital más cercano de la zona, también los servicios que este brinda deben estar a disposición del hospital, dependencias, médicos y autoridades sanitarias. Los laboratorios de administraciones

⁸Portafolios de Servicios, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima 2012, pág. 3

⁹Comité de Expertos de la OMS en Servicios de Laboratorio de Salud. Planificación y Organización de Servicios de Laboratorio de Salud. *Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1972. 491.

intermedias deben constar como mínimo de los departamentos siguientes: Patología, hematología, bioquímica y microbiología.

Laboratorios Locales: No es necesario que cuenten con un lugar amplio ni de personal numeroso, pero es imprescindible que cuente con los instrumentos básicos para los análisis.

2.2.1.1 IMPORTANCIA DE EL LABORATORIO CLINICO EN LA SALUD PÚBLICA.

El Laboratorio Clínico constituye una parte importante dentro de los hospitales nacionales e internacionales, este es visitado por una gran cantidad de personas, quienes necesitan de los servicios que este brinda en cada una de sus áreas.

A los laboratorios acuden pacientes internos y externos, los exámenes requeridos de los pacientes internos se hacen mediante muestras que se toman en las unidades de hospitalización, mientras los externos deben asistir al laboratorio a realizarse los exámenes que necesiten, dichos exámenes en algunas ocasiones son muy extensos y los usuarios tienen que esperar largas horas por su respuesta; razón por la cual el Laboratorio Clínico es el encargado de la realización de una gran cantidad de exámenes diariamente, cuando los procesos no han sido automatizados tiende a ocurrir lo siguiente: el resultado de los exámenes no está a tiempo, redundancia en la información, entre otros.

El Laboratorio Clínico tiene una gran responsabilidad dentro del hospital ya que, es el encargado de realizar cada uno de los exámenes que son requeridos por la población que accede al mismo, es necesario que la información que se brinde al usuario sea la más veraz y objetiva posible, es por ello se debe dar importancia a cada una de las áreas del Laboratorio Clínico, para que cada uno de los procesos sea óptimo y que beneficie a la institución y a la población que utiliza este servicio.

2.2.1.2 AREAS DE SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

Entre las áreas de servicio que posee un Laboratorio Clínico, con frecuencia se pueden encontrar las siguientes:

- Sala de espera y recepción. Donde los pacientes esperarán cómodamente a ser atendidos.
- Cubículos de toma de muestras. En este punto se obtienen las muestras para luego ser distribuidas a las diversas secciones del laboratorio.
- Secciones de laboratorio:

SECCION	DESCRIPCION
Hematología	En esta se efectúan diversas pruebas de sangre para encontrar anomalías relacionadas con sus componentes citológicos que se resumen para el objeto que persigue este estudio en tres: pruebas de coagulación, pruebas de contabilidad sanguínea y morfología.
Química clínica	Aquí se realizan análisis que se clasifican de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none">▪ Química sanguínea de rutina▪ Exámenes generales de orina▪ Determinación de reserva electrolítica y bióxido de carbono en la sangre
Microbiología	Las diversas labores que se realizan aquí pueden clasificarse en la siguiente forma: Coproparasitología, Bacteriología, Inmunología.
Coproparasitología	Tiene por objeto investigar la presencia de parásitos en materias fecales.
Bacteriología	Consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en sangre, orina, materia fecal, jugo gástrico y exudados orgánicos.

Inmunología	Realiza pruebas sobre los anticuerpos que revelan la presencia y actividad de microorganismos en el cuerpo humano.
--------------------	--

- Se tendrá el área de preparación de medios de cultivo, que por sí sola se define, además, la zona de lavado y esterilización de material.

2.2.1.3 *PERSONAL DEL LABORATORIO CLINICO*

La dotación del personal de los Laboratorios Clínicos viene determinada por la especialización que cada uno de estos posea, esto define en que área estará ubicado y que labor realizará dentro del laboratorio.

- *Personal médico y científico.* Este se compone esencialmente de médicos. Los cuales poseen la experiencia necesaria en diagnóstico y Laboratorio Clínico.
Funciones: Evalúan resultados de las pruebas, desarrollan, modifican procedimientos, establecen y vigilan programas, para asegurar la exactitud de pruebas. También se encargan de supervisar a técnicos de Laboratorio Clínico.
- *Personal técnico.* Se compone en proporción de personas que realizaron cursos en escuelas especiales para técnicos en laboratorio o graduados de la universidad en diferentes áreas del laboratorio o en algún área de la ciencia.
Funciones: Realizan pruebas y procedimientos menos complejos del laboratorio, Los técnicos pueden preparar especímenes y utilizar analizadores automatizados, recogen muestras de la sangre entre otras, trabajan generalmente bajo supervisión de los encargados médicos y clínicos del laboratorio.

- *Personal auxiliar.* Es una parte importante ya que es este grupo de personas brindan ayuda al Laboratorio Clínico, realizando labores de mantenimiento en las áreas del laboratorio.

Funciones: están a la disposición del personal del Laboratorio Clínico.

2.2.1.4 RAZONES PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO

- Descubrir enfermedades en etapas sub-clínicas.
- Ratificar un diagnóstico sospechado clínicamente.
- Obtener información sobre el pronóstico de una enfermedad.
- Establecer un diagnóstico basado en una sospecha bien definida.
- Vigilar un tratamiento o conocer una determinada respuesta terapéutica.
- Precisar factores de riesgo

2.2.1.5 FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO

a) General

Procesar las pruebas de laboratorio para fortalecer el diagnóstico médico y contribuir a la pronta recuperación del paciente tanto ambulatorio como el hospitalizado.¹⁰

b) Específicas

1. Centro de referencia para las Unidades comunitarias de salud familiar, que no cuentan con laboratorio clínico.

¹⁰Manual de Organización y Funciones, Hospital Santa Rosa de Lima 2012, pág. 31

2. Procesamiento de pruebas hematológicas, coprología, química clínica y banco de sangre.
3. Realización de perfil de exámenes de la embarazada en inscripción prenatal y obstetricia.
4. Supervisar el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos establecidos para la toma, conservación y análisis de muestras.
5. Supervisar el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos establecidos para el transporte y transfusión de hemos derivados.
6. Cumplir con lo establecido a los instrumentos técnicos jurídicos sobre desechos sólidos hospitalarios, en lo relacionado a la disposición y manejo de los residuos bio-infecciosos.
7. Llevar un registro de las muestras recibidas para análisis de laboratorio, los resultados obtenidos y entrega oportuna de los mismos a pacientes ambulatorios, servicios hospitalarios, ISBM, UCSF, Ecos Especializados y Ecos Familiares.
8. Estandarizar nuevas técnicas con el personal de laboratorio, emitidas por el Instituto Nacional de Salud.

2.2.2 CONCEPTOS Y GENERALIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS

“La administración de los recursos humanos es el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos, las habilidades entre otros aspectos de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general”¹¹

¹¹Werther, WB. Administración de Personal y Recursos Humanos. 3º Edición, México Mc Graw Hill Interamericana, 1992. Pág. 416

Los cuatro principales objetivos de los Recursos Humanos.

1. *Sociales*: saber mantenerse dentro de la sociedad como un individuo con valores y propósitos dentro de ella.
2. *Organizacionales*: tener un buen control dentro de las funciones directivas y administrativas de una organización.
3. *Funcionales*: están enfocados en función de las necesidades de la organización.
4. *Individuales*: pretenden seguir y alcanzar los recursos humanos dentro de una organización.

2.2.2.1 CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LOS RECURSOS HUMANOS

No pueden ser propiedad de la empresa. Las actividades de las personas son voluntarias no por el hecho de existir un contrato la organización va a contar con el mejor esfuerzo de sus miembros, por el contrario, contarán con él si perciben que esa actividad va a ser provechosa. Las experiencias, los conocimientos, las actividades son intangibles.

2.2.2.2 FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

a) General

Planificación, Organización, ejecución y control de las actividades de los recursos humanos.¹²

b) Específicas

1. Realizar, gestionar y tramitar los procesos de personal de la institución.
2. Realizar el proceso de reclutamiento y selección de personal en plazas vacantes.

¹²Manual de Organización y Funciones, Hospital Santa Rosa de Lima 2012, pág. 53

3. Elaboración de Propuestas, Acuerdos y Contratos del personal.
4. Control de asistencia y trámite de permisos, licencias y demás acciones del personal de la institución.
5. Actualización, registro, control de expedientes y tarjetas de registros del personal.
6. Resguardo y archivo de expedientes, tarjetas de registro del personal y demás documentos relacionados con los procesos de recursos humanos.
7. Brindar inducción general al personal de nuevo ingreso.
8. Actualización del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH).
9. Coordinar el proceso de evaluación al desempeño del personal y la aplicación del escalafón correspondiente.
10. Elaborar y presentar informes y reportes del área según requerimiento.
11. Brindar asesoría y orientación en materia de recursos humanos a la Dirección y al personal.
12. Cumplir y hacer cumplir los instrumentos técnicos jurídicos aplicables a la dependencia.

2.2.3 GENERALIDADES DE LA AUDITORIA DE GESTION

2.2.3.1 CONCEPTO DE AUDITORIA DE GESTION

La auditoría operativa, administrativa o de gestión “es un examen completo y constructivo de la estructura organizativa de una empresa, institución o departamento gubernamental; o de cualquiera otra entidad y de sus métodos de control, medios de operación y empleo que dé a sus recursos humanos y materiales”.¹³

¹³WILLIAMS, Leonard P., *Auditoría Administrativa, Evaluación de los Métodos y Eficiencia administrativa*, Ediciones Diana, México 1989, p. 45

Es el revisar y evaluar si los métodos, sistemas y procedimientos – que se siguen en todas las fases del proceso administrativo- aseguran el cumplimiento con políticas, planes y programas, leyes y reglamentaciones que puedan tener un impacto significativo en la operación y en los reportes y asegurar si la organización los está cumpliendo y respetando.

“Auditoria Administrativa es la técnica que tiene el objeto de revisar, supervisar y evaluar la administración de una empresa”¹⁴.

La auditoría de gestión es “un examen positivo de recomendaciones para posibles mejoras en las 5 Es (Eficiencia, efectividad y economía, ética y ecología.)”¹⁵

“Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, realizado con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o actividad gubernamental, orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de los recursos públicos, para facilitar la toma de decisiones por quienes son responsables de adoptar acciones correctivas y mejorar su responsabilidad ante el público.”¹⁶

La Auditoría de Gestión por su enfoque involucra una revisión sistemática de las actividades de una entidad en relación a determinados objetivos y metas y, respecto a la utilización eficiente y económica de los recursos. Su propósito general puede verse seguidamente:

- Identificación de las oportunidades de mejoras
- Desarrollo de recomendaciones para promover mejoras u otras acciones correctivas;
- Evaluación del desempeño (rendimiento).

¹⁴FERNÁNDEZ Arenas, José, *La Auditoría Administrativa*, Ediciones Diana, México 1985, p. 226

¹⁵MALDONADO, Milton, *Auditoría de Gestión*, Tercera Edición, Quito 2006, p. 30

¹⁶CUBERO Abril, Teodoro, *Manual Específico de Auditoría de Gestión*, Unidad de Auditoría Interna, Ilustre Municipio de Cuenca 2009, p. 24

Como se ven en estos conceptos la auditoría de gestión responde a los objetivos económicos, utilidad, factibilidad, eficacia, reducción de costos, ganancias; los sociales, crecimiento cualitativo y cuantitativo, competitividad, pleno empleo, reducción de riesgos para la vida; y los ecológicos, utilización económica de los recursos y mantenimiento del equilibrio y protección del paisaje.

En conclusión la auditoría de gestión es la valoración independiente de todas las operaciones de una empresa, en forma analítica objetiva y sistemática, para determinar si se llevan a cabo, políticas y procedimientos aceptables; si se siguen las normas establecidas, si se utilizan los recursos de forma eficaz y económica y si los objetivos de la organización se han alcanzado para así maximizar resultados que fortalezcan el desarrollo de la empresa.

2.2.3.2 OBJETIVOS DE LA AUDITORIA DE GESTION

La auditoría de gestión formula y presenta una opinión sobre los aspectos administrativos, gerenciales y operativos, poniendo énfasis en el grado de efectividad y eficiencia con que se han utilizado los recursos materiales y financieros mediante modificación de políticas, controles operativos y acción correctiva desarrolla la habilidad para identificar las causas operacionales y posteriores y explican síntomas adversos evidente en la eficiente administración.

Los objetivos de la auditoría de gestión son:

- “Identificar las áreas de reducción de costos, mejorar los métodos operativos e incrementar la rentabilidad con fines constructivos y de apoyo a las necesidades examinadas”¹⁷.
- Determinar si la función o actividad bajo examen podría operar de manera más eficiente, económica y efectiva, a más de determinar si la producción del

¹⁷ GRAIG-COOPER, Michael., *Auditoría de Gestión*, Ediciones Folio España, Madrid 1994, p. 36-37

departamento cumple con las especificaciones dadas; en consecuencia se dan variados informes, presupuestos y pronósticos que así como también los Estados Financieros.

- Establecer el grado en que la entidad y sus servidores han cumplido adecuadamente los deberes y atribuciones que les han sido asignados.
- Determinar el grado en que el organismo y sus funcionarios controlan y evalúan la calidad tanto en los servicios que presta como en los procesos realizados.
- Estimular la adherencia del personal al cumplimiento de los objetivos y políticas de la entidad y mejorar los niveles de productividad, competitividad y de calidad de la entidad.
- Establecer si los controles gerenciales implementados en la entidad o programa son efectivos y aseguran el desarrollo eficiente de las actividades y operaciones.¹⁸

En conclusión el objetivo de la auditoría de Gestión es determinar si se ha realizado alguna deficiencia importante en la política, procedimientos, disposiciones legales o técnicas y verificar que la entidad auditada cumpla con los objetivos de la entidad basándose en principios de economía, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, excelencia, con la finalidad de formular recomendaciones oportunas que permitan reducir costos, mejorar la productividad, la competitividad y la calidad de la entidad.

2.2.3.3 ALCANCE DE LA AUDITORIA DE GESTION

En la Auditoría de Gestión “puede alcanzar un sector de la economía, todas las operaciones de la entidad inclusive las financieras o puede limitarse a cualquier operación, programa, sistema o actividad específica”¹⁹.

¹⁸GRAIG-COOPER, Michael., *Auditoría de Gestión*, Ediciones Folio España, Madrid 1994Idem., p. 36-37

¹⁹MALDONADO, Milton, *Auditoría de Gestión*, Tercera Edición, Quito 2006, p. 26

Tanto en la administración como el personal que lleva a cabo la auditoría debe de estar de acuerdo en cuanto al alcance en general, si se conoce que esta auditoría incluye una evaluación detallada de cada aspecto operativo de la organización, es decir que el alcance debe tener presente:

- Satisfacción de los objetivos institucionales.
- Nivel jerárquico de la empresa.
- La participación individual de los integrantes de la institución.

De la misma forma sería oportuno considerar en la Auditoría de Gestión, por la amplitud del objetivo de esta revisión:

Regulaciones: Evaluar el cumplimiento de la legislación, política y procedimientos establecidos por los órganos y organismos estatales.

Eficiencia y Economía: Involucra la utilización del personal, instalaciones, suministros, tiempos y recursos financieros para obtener máximos resultados con los recursos proporcionados y utilizarlos con el menor costo posible.

Eficacia: Se relaciona con el logro de las metas y los objetivos para los cuales se proporcionan los recursos.

Salvaguarda de Activos: Contempla la protección contra sustracciones obsolescencia y uso indebido.

Calidad de la Información: Abarca la exactitud, la oportunidad, lo confiable, la suficiencia y la credibilidad de la información, tanto operativa como financiera.²⁰

El alcance de la auditoría de gestión alcanza a validar todas las operaciones y procedimientos de la entidad y su oportunidad de mejora enfocándose en la eficiencia, eficacia, economía, calidad de la información, y cumplimiento de leyes, procedimientos y políticas.

²⁰ GONZALEZ, Roberto P., Marco Teórico y Conceptual de la Auditoría de Gestión, www.monografias.com

2.2.3.4 LIMITACIONES DE LA AUDITORIA DE GESTION

Las limitaciones pueden ser inherentes al control interno y son:

- **COSTO- BENEFICIO:**
Es decir que el costo de un procedimiento de control no sea desproporcionado a la pérdida potencial debida a fraudes o errores.

- **TRANSACCIONES NO DE RUTINA**
“El hecho de que la mayoría de los controles tiendan a ser dirigidos a tipos de operaciones esperadas y no a operaciones poco usuales”²¹

- **ERROR HUMANO**
Resultan de lo limitado del juicio humano y de la posibilidad de cometer errores debido a descuido, distracción, errores de comprensión equivocada de instrucciones.

- **COLUSIÓN**
La posibilidad de burlar los controles por medio de colusión con partes externas a la entidad con empleados de la misma

- **ABUSO DE RESPONSABILIDAD**
La posibilidad de que una persona responsable de ejercer el control pudiera abusar de esa responsabilidad, por ejemplo, un miembro de la administración que violara algún control.

²¹MALDONADO, Milton “Limitaciones del Control Interno, Transcripción de la Guía Internacional de Auditoría No. 6”, Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006, p.55

- **OBSOLENCIA DE PROCEDIMIENTO.**

La posibilidad de los procedimientos pudieran llegar a ser inadecuados debido a cambios en las condiciones y que el cumplimiento con esos procedimientos pudiera deteriorar el control.

La limitación de la auditoría de gestión no es más que las restricciones que los procedimientos de control interno han venido desarrollándose a lo largo del tiempo ya sea por factores cotidianos o de hábito o por falta de un análisis adecuado a la hora de implementar los controles los mismos que podrían coadyuvar en reducir la probabilidad de hallazgos de habilidades y preparación de la auditoría.

2.2.3.5 RIESGO DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN

Los resultados de la auditoría pueden no estar exentos de errores y omisiones de importantes significación que influyan en la evaluación a expresar por el auditor en su informe, por lo que resulta necesario conocer los riesgos latentes en este proceso, que al igual que la auditoría financiera son:

RIESGO INHERENTE

“El riesgo Inherente afecta directamente la cantidad de evidencia de auditoría necesaria para obtener la satisfacción de auditoría suficiente para validar una afirmación. Esta cantidad puede estar presentada tanto en el alcance de cada prueba en particular como en la cantidad de pruebas necesarias”.²²

“El auditor debería obtener una comprensión de los procedimientos de control suficiente para desarrollar el plan de auditoría. Al obtener esta comprensión el auditor

²² MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006, p.62

consideraría el conocimiento sobre la presencia o ausencia de procedimientos de control obtenido de la comprensión del ambiente de control y del sistema de contabilidad para determinar si es necesaria alguna comprensión adicional sobre los procedimientos de control”.²³

Es la susceptibilidad de los procesos a la existencia de errores o irregularidades importantes generados por las características de las empresas u organismos.

RIESGO DE CONTROL

El riesgo de control es el riesgo de que los sistemas de control estén incapacitados para detectar o evitar errores o irregularidades significativas en forma oportuna.

Es aquel que afecte a los procesos de control y que evite detectar irregularidades significativas de importancia relativa

RIESGO DE DETECCIÓN

El riesgo de detección es el riesgo de que los procedimientos de auditoría seleccionados no detecten errores o irregularidades existentes en los estados contables²⁴. Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detecten deficiencias en el Sistema de Control Interno. Este riesgo es totalmente controlable por la labor del auditor y depende exclusivamente de la forma en que se diseñen y lleven a cabo los procedimientos de auditoría.

²³s/a, “Evaluación del Riesgo y Control interno”, Normas Internacionales de Auditoría, p.45

²⁴MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006, p.59-60

2.2.3.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE AUDITORÍA DE GESTIÓN

La evaluación del riesgo de auditoría es el proceso por el cual, a partir del análisis de la existencia e intensidad de los factores de riesgo, se mide el nivel de riesgo presente en cada caso.

El nivel de riesgo de auditoría suele medirse en cuatro grados posibles:

- Mínimo
- Bajo
- Medio
- Alto

La evaluación del nivel de riesgo es un proceso totalmente subjetivo y depende exclusivamente del criterio, capacidad y experiencia del auditor”¹⁸. La tabla adjunta muestra la variabilidad del riesgo:

CUADRO No 1

VARIACIÓN DEL RIESGO DE DETECCIÓN DE AUDITORÍA

<i>Nivel de Riesgo</i>	<i>Significatividad</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Probabilidades Ocurrencia de error.</i>
MÍNIMO	No significativo	No existen	Remota
BAJO	Significativo	Existen algunos pero poco importantes	Improbable
MEDIO	Muy significativo	Existen algunos	Posible
ALTO	Muy significativo	Existen varios y son importantes	Probable

Fuente: MALDONADO Milton, Auditoría de Gestión, Tercera Edición, Quito2006 p. 62/

Un riesgo mínimo estaría conformado cuando en un componente poco significativo existan factores de riesgo y donde la probabilidad de ocurrencia de errores o

irregularidades sea remota. Cuando en un componente significativo existan factores de riesgo pero no demasiado importantes y la probabilidad de existencia de errores o irregularidades sea baja –improbable-, ese componente tendrá una evaluación de riesgo bajo.

Un componente significativo, donde existen varios factores de riesgo y es posible que se presenten errores o irregularidades, será un riesgo medio. Por último un componente tendrá un nivel de riesgo alto cuando sea claramente significativo, con varios factores de riesgo, algunos de ellos muy importantes y donde sea totalmente probable que existan errores o irregularidades²⁵

Para desarrollar el cuadro de evaluación de riesgo se debe tener claro las siguientes herramientas:

Evaluar el Sistema de Control Interno

Dentro del sistema de control interno se deben considerar los siguientes puntos relevantes para el estudio del riesgo de auditoría se deben considerar los siguientes factores:

- Cambios en el nivel de organización
- Complejidad.
- Interés de la organización.
- Tiempo.

Además se debe determinar la confianza que tiene la dirección respecto al funcionamiento del sistema de control interno suponiendo que no ocurran, se considera los siguientes factores


²⁵19 MALDONADO, Milton, “Auditoría de Gestión”, Tercera Edición, Quito 2006, p.62

- Incumplimientos en los procedimientos normalizados.
- Poca experiencia en el personal.
- Sistema de información no confiable.
- Imagen pública.

 ***Evaluar los Riesgos Inherentes a la Protección de Bienes Activos o Imagen Pública.***

Se consideran los siguientes factores:

- Probabilidad de ocurrencia de fraudes.
- Quejas del público.
- Errores de los criterios que se aplican para determinar decisiones.
- Barreras externas que afectan el accionar de la empresa.
- Cambios a nivel organizacional.

 ***Identificar la Existencia o no de Cambios Reiterativos en el Nivel Organizacional y los Sistemas.***

- Rotación del personal.
- Reorganización en el funcionamiento del personal.
- Crecimiento o reducción del personal.
- Implantación de nuevos sistemas.
- Alteraciones de tipo cultural.
- Complejidad.

 ***Evaluar la Posibilidad de la Existencia de Errores.***

Es necesario evaluar la existencia de posibles errores que puedan pasar inadvertidos debido a un ambiente complejo, originado principalmente por:

- La naturaleza de las actividades.
- El alcance de la automatización.
- Tamaño de la Auditoría

Medir la Importancia del Tamaño de la Auditoría.

Es importante medir el tamaño haciendo referencia al número de personas, tanto de la entidad auditada como de los auditores, el volumen físico de la documentación e impacto social, reconociendo que a mayor tamaño mayores riesgos:

- Interés de la dirección.

Determinar la Importancia que la Alta Dirección le Asigna a la Auditoría.

La dirección otorga la información por tanto las facilidades en el desarrollo de las tareas a los auditores y su equipo.

- Tiempo.

Considerar la Posibilidad de Incurrir en Errores.

Para evitar la posibilidad de errores, es importante el tiempo de preparación y ejecución de la Auditoría que se haya planificado y utilizado verdaderamente. Son palabras claves en la determinación del tiempo, la dinámica que se emplee, la selección de las áreas y los objetivos concretos.

La evaluación del riesgo de auditoría permite conocer los riesgos propios de la actividad, de los procesos, del entorno y de la naturaleza propia de la información, para que puedan ser oportunamente controlados a la hora de realizar el examen y puedan ser detectados a través de la planificación de pruebas y procedimientos adecuados.

2.2.3.7 **TÉCNICAS PARA LA AUDITORÍA DE GESTIÓN.**

Al estudiar y evaluar el sistema de control interno y determinar el alcance de la Auditoría, el auditor debe obtener información suficiente, competente y relevante a fin de promover una base razonable para sus operaciones, criterios, conclusiones y recomendaciones. Precisamente las técnicas de Auditoría son los diversos métodos utilizados por el auditor para obtener evidencias.

Las técnicas de Auditoría más utilizadas son:

Examen o Inspección Física.

“Es la observación física de un activo, es muy amplia, prácticamente infinita, puede incluir desde la observación del flujo de trabajo las acciones administrativas de jefes, subordinados, documentos, acumulación de materiales, materiales excedentes, entre otros”.

Inspección Documental.

Se observa un documento para saber si es genuino, sin alteraciones, auténtico, con aprobaciones y que fueron asentados correctamente en los libros, registros e informes. Se usan las técnicas de punteo para señalar las actividades revisadas en los documentos.

Confirmación.

Se obtiene directamente de un agente externo, información por escrito, para ser usada como evidencia, por ejemplo confirmar efectivo, cuentas por cobrar, títulos de propiedades, pasivos contingentes y otras reclamaciones.

Entrevistas.

Realización de preguntas necesarias para el conocimiento general del trabajo.

Comparaciones.

Se **compara** a partir de:

- Información del año anterior.
- Información del plan.
- Información de las otras empresas de la misma rama

Análisis.

Se recopila y usa información con el objetivo de llegar a una deducción lógica. Determinar las relaciones entre las diversas partes de una operación. Involucra la separación de las diversas partes de la entidad o de las distintas influencias sobre la misma y después determinar el efecto inmediato o potencial sobre una organización dada una situación determinada.

Evaluación.

Es el proceso de arribar a una decisión basado en la información disponible. La evaluación depende de la experiencia y juicio del auditor²⁶.

2.2.3.8 FASES DE LA AUDITORIA DE GESTIÓN.

Programación.

En esta fase se establecen las relaciones entre auditores y la entidad, para determinar alcance y objetivos. Se hace un bosquejo de la situación de la entidad, acerca de su organización, sistema contable, controles internos, estrategias y demás elementos

²⁶GUILARTE, Yanelis Q., Bases de auditoría de gestión para el sector público, www.monografias.com

que le permitan al auditor elaborar el programa de auditoría que se llevará a efecto.²⁷

Los elementos principales de esta fase son:

- *Conocimiento y Comprensión de la Entidad a auditar.*

Previo a la elaboración del plan de auditoría, se debe investigar todo lo relacionado con la entidad a auditar, para poder elaborar el plan en forma objetiva. Este análisis debe contemplar: su naturaleza operativa, su estructura organizacional, giro del negocio, capital, estatutos de constitución, disposiciones legales que la rigen, sistema contable que utiliza, volumen de sus ventas, y todo aquello que sirva para comprender exactamente cómo funciona la empresa.

Para el logro del conocimiento y comprensión de la entidad se deben establecer diferentes mecanismos o técnicas que el auditor deberá dominar y estas son entre otras:

- a. Visitas al lugar
- b. Entrevistas y encuestas
- c. Análisis comparativos de Estados Financieros
- d. Análisis FODA (Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas)
- e. Análisis Causa-Efecto o Espina de Pescado
- f. Árbol de Objetivos.- Desdoblamiento de Complejidad.
- g. Árbol de Problemas, etc.

²⁷ MALDONADO, Milton, Auditoría de Gestión, Tercera Edición, Quito-2006, p. 42

- *Objetivos y Alcance de la auditoría.*

Los objetivos indican el propósito por lo que es contratada la firma de auditoría, qué se persigue con el examen, para qué y por qué. Si es con el objetivo de informar a la gerencia sobre el estado real de la empresa, o si es por cumplimiento de los estatutos que mandan efectuar auditorías anualmente, en todo caso, siempre se cumple con el objetivo de informar a los socios, a la gerencia y resto de interesados sobre la situación encontrada para que sirvan de base para la toma de decisiones.

El alcance tiene que ver por un lado, con la extensión del examen, es decir, si se van a examinar todos los estados financieros en su totalidad, o solo uno de ellos, o una parte de uno de ellos, o más específicamente solo un grupo de cuentas (Activos Fijos, por ejemplo) o solo una cuenta (cuentas x cobrar, o el efectivo, etc.)

Por otro lado el alcance también puede estar referido al período a examinar: puede ser de un año, de un mes, de una semana, y podría ser hasta de varios años.

- *Análisis Preliminar del Control Interno*

Este análisis reviste de vital importancia en esta etapa, porque de su resultado se comprenderá la naturaleza y extensión del plan de auditoría y la valoración y oportunidad de los procedimientos a utilizarse durante el examen.

- *Análisis de los Riesgos y la Materialidad.*

“El Riesgo en auditoría representa la posibilidad de que el auditor exprese una opinión errada en su informe debido a que los estados financieros o la información

suministrada a él estén afectados por una distorsión material o normativa y pueden ser tres tipos de riesgo: Inherente, de Control y de Detección”²⁸

“La Materialidad es el error monetario máximo que puede existir en el saldo de una cuenta sin dar lugar a que los estados financieros estén sustancialmente deformados. A la materialidad también se le conoce como Importancia Relativa.”²⁹

- *Planeación Específica de la Auditoría.*

Para cada auditoría que se va a practicar, se debe elaborar un plan. Esto lo contemplan las Normas para la ejecución. Este plan debe ser técnico y administrativo. El plan administrativo debe contemplar todo lo referente a cálculos monetarios a cobrar, personal que conformarán los equipos de auditoría, horas hombres, etc.

- *Elaboración de Programa de Auditoría*

Cada miembro del equipo de auditoría debe tener en sus manos el programa detallado de los objetivos y procedimientos de auditoría objeto de su examen.

Ejemplo: si un auditor va a examinar el efectivo y otro va a examinar las cuentas x cobrar, cada uno debe tener los objetivos que se persiguen con el examen y los procedimientos que se corresponden para el logro de esos objetivos planteados. Es decir, que debe haber un programa de auditoría para la auditoría del efectivo y un programa de auditoría para la auditoría de cuentas x cobrar, y así sucesivamente. De esto se deduce que un programa de auditoría debe contener:

28 MORA, Eguídanos Araceli, “Riesgo”, DICCIONARIO DE CONTABILIDAD, AUDITORÍA Y CONTROL DE GESTIÓN, Editorial Ecobook, Madrid 2008, Sección 17, p. 24

29Ídem, Sección 13, Letra M, p- 146-147

Pruebas Analíticas.

Las pruebas analíticas se utilizan haciendo comparaciones entre dos o más estados financieros o haciendo un análisis de las razones financieras de la entidad para observar su comportamiento.

Pruebas Sustantivas.

Las pruebas sustantivas son las que se aplican a cada cuenta en particular en busca de evidencias comprobatorias. Ejemplo, un arqueo de caja chica, circulación de saldos de los clientes, etc.

2.2.3.9 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Basado en los resultados de las pruebas de control, el auditor debería evaluar si los controles internos están diseñados y operando según se contempló en la evaluación preliminar de riesgo de control. Para evaluar el sistema de control interno se puede usar:

Descripción narrativa

“Es la narración o descripción detallada, en forma de relato, de las características de los sistemas o el modo de operar de una organización, referente a las secuencias relevadas provenientes de las explicaciones de los individuos de la empresa, en cuanto a: funciones, normas, procedimientos, operaciones, archivos, custodia de bienes, etc.”.³⁰

La función de relevamiento del Sistema de Control Interno por el método descriptivo, se puede realizar por tres formas o procedimientos distintos:

³⁰MEIGS, Walter B. y otros, Principios de Auditoría, Editorial Diana, México 1983, p.182-183

encuesta o entrevista personal, formularios, combinación de formularios y entrevistas y cuestionario de control interno

Este método se basa en un conjunto de preguntas estándar presentadas por escrito en un formulario pre impreso o dentro de un programa o archivo incorporado a un procesador personal, sobre los aspectos fundamentales del control interno que son comunes a la mayoría de las empresas y que interrogan sobre los sistemas y operaciones que se realizan en el ente.

Listas de verificación y chequeo.

Es detallar en un listado en forma detallada, todas y cada una de las actividades que se realiza en un proceso o para la planeación de una auditoría. Por supuesto, el checklist será tan grande y complejo o tan sencillo y mínimo como sea el tipo de proceso por lo que puede existir la necesidad de delegar las actividades de planeación del checklist.

Diagramas de Flujos

El flujograma es la representación gráfica del sentido, curso, flujo o recorrido de una masa de información o de un sistema o proceso administrativo u operativo, dentro del contexto de la organización, mediante la utilización de símbolos convencionales que representan operaciones, registraciones, controles, etc., que ocurren o suceden en forma oral o escrita en el quehacer diario del ente.³¹

Tiene tres elementos básicos que son:

- Se trata de un diagrama o representación gráfica;

³¹MEIGS, Walter B. y otros, Óp. Cit. 183

- Representa el flujo de información ya sea de tipo verbal o escrito
- Se refiere siempre a un proceso de tipo administrativo u operación específica.

Este método tiene su origen dentro del área de la teoría de los gráficos, sus antecedentes se remontan a los gráficos utilizados por los ingenieros en los diagramas industriales, que representaban las actividades de producción como, por ejemplo: los diagramas de proceso de la operación industrial, los de recorrido y las denominadas manos izquierdas - mano derecha.

Los flujo-gramas tienen dos grandes componentes:

- **Simbología:** la simbología utilizada representa la operación o proceso y el flujo o recorrido de la información.
- **Diagramación:** la forma de realizar, dibujar o graficar.

Uno de los problemas que tiene este método es que no existe una simbología de carácter universal, es decir que falta uniformidad en cuanto a su interpretación simbólica.

2.2.3.10 EVIDENCIA DE AUDITORÍA DE GESTIÓN.

Se llama evidencia de auditoría a " Cualquier información que utiliza el auditor para determinar si la información cuantitativa o cualitativa que se está auditando, se presenta de acuerdo al criterio establecido".³² También se define la evidencia, como la prueba adecuada de auditoría. La evidencia adecuada es la información que cuantitativamente es suficiente y apropiada para lograr los resultados de la auditoría y

³² MORA, E. guídanos Araceli, Diccionario de Contabilidad, Auditoría y Control de Gestión, Editorial Ecobook, Madrid 2008, Sección 5, Letra E, p. 97

que cualitativamente, tiene la imparcialidad necesaria para inspirar confianza y fiabilidad. La Evidencia para que tenga valor de prueba, debe ser:

 ***Suficiente:***

La evidencia es suficiente, si el alcance de las pruebas es adecuado. Solo una evidencia encontrada, podría ser no suficiente para demostrar un hecho.

 ***Competente***

La evidencia es competente, si guarda relación con el alcance de la auditoría y además es creíble y confiable.

 ***Pertinente.***

La evidencia es pertinente, si el hecho se relaciona con el objetivo de la auditoría. Además de las tres características mencionadas de la evidencia (Suficiencia, Pertinencia y Competencia), existen otras que son necesarias mencionar, porque están ligadas estrechamente con el valor que se le da a la evidencia: Relevancia, Credibilidad, Oportunidad y Materialidad.

Existen cuatro tipos de evidencia de auditoría que son:

- Evidencia Física: Muestra de materiales, mapas, fotos.
- Evidencia Documental: Cheques, facturas, contratos, etc.
- Evidencia Testimonial: obtenida de personas que trabajan en el negocio o que tienen relación con el mismo.
- Evidencia Analítica: datos comparativos, cálculos, etc.

ANÁLISIS DE ÁREAS CRÍTICAS.

El análisis de áreas críticas no es más que la revisión exhaustiva a los procesos que durante la evolución del control interno fueron relevantes y requieren sean más analizados, para lo cual se debe seguir los siguientes pasos:

- Tomar una muestra del universo de la población a través de cualquier técnica de muestro.
- Aplicar pruebas de control y procedimientos analíticos.
- Elaborar el cuadro de Hallazgos.

HALLAZGO DE AUDITORÍA.

Se considera que los hallazgos en auditoria son las diferencias significativas encontradas en el trabajo de auditoría con relación a lo normado o a lo presentado por la gerencia.³³

Al plasmar el hallazgo el auditor primeramente indicará el título del hallazgo, luego los atributos, a continuación indicarán la opinión de las personas auditadas sobre el hallazgo encontrado, posteriormente indicarán su conclusión sobre el hallazgo y finalmente hará las recomendaciones pertinentes. Es conveniente que los hallazgos sean presentados en hojas individuales.

Solamente las diferencias significativas encontradas se pueden considerar como hallazgos (generalmente determinadas por la Materialidad), aunque en el sector público se deben dar a conocer todas las diferencias, aun no siendo significativas.

El hallazgo debe cumplir con los siguientes atributos:

- Condición: la realidad encontrada
- Criterio: cómo debe ser (la norma, la ley, el reglamento, lo que debe ser)
- Causa: qué originó la diferencia encontrada.
- Efecto: qué efectos puede ocasionar la diferencia encontrada.

³³MORA, E. guídanos Araceli, Óp. Cit, “ Hallazgo” ,Sección 8, p. 112

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Esta fase es la final del proceso de auditoría en la cual a través del informe del auditor, se da a conocer en forma resumida o extensa el resultado de la evaluación, sus aspectos más relevantes, a opinión del auditor y de las recomendaciones.

INFORME DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Los informes por escrito son necesarios para comunicar los resultados de la auditoría a los dirigentes y funcionarios que correspondan de los niveles de dirección facultados para ello; reducen el riesgo de que los resultados sean mal interpretados; y facilitan el seguimiento para determinar si se han adoptado las medidas correctivas apropiadas.³⁴

El Formato general de los informes de auditoría y criterios generales de contenido, debe ser uniforme, y cumplirse en todas las Auditorías que se realicen. El informe no debe ser muy corto ni muy largo, debe mantener una descripción lógica y clara de los temas que han sido auditados, sin embargo se lo puede presentar con unas síntesis del informe, la cual debe ir en otro color de papel y pueden prepararse dos juegos; la que consta como parte propia del informe y otra que se anexa a las hojas sueltas para que el usuario la lleve en forma separada y la lea el momento más propicio.³⁵

Según las Normas para el ejercicio profesional de auditoría interna No. 430, Vigente al año 2000, existen dos tipos de informe:

³⁴ARENAS, James K., "Auditoria un enfoque integral", editorial Pearson Educación, Sexta Edición

³⁵ MALDONADO, Milton, Auditoría de Gestión, Tercera Edición, Quito 2006, p. 180-181

Informe corto de auditoría

Son aquellos informes que se realizan hasta en un máximo de 2 hojas y que no incluyen graficas, cuadros o cualquier otro tipo de gráfico explicativo.

Informe Largo de auditorías

Son aquellos informes que incluyen en forma detallada todos los aspectos relevantes y no relevantes incluyendo gráficas, cuadros y demás anexos que puedan sustentar la opinión de la auditoría.

El informe consta de:

Carta de presentación:

Aquí se detalla una ligera presentación de la auditoría realizada, un agradecimiento por la colaboración prestada y un breve detalle del cumplimiento del objetivo de la auditoría.

Primera parte Información Introductoria.

➤ *Antecedentes.*

Una breve caracterización de la organización auditada referida a las principales actividades que desarrolla y otros aspectos que puedan resultar de interés;

➤ *Alcance de auditoría y sus limitaciones.*

El alcance debe expresar la profundidad y cobertura del trabajo que se haya realizado para cumplir los objetivos; Las limitaciones en el alcance pueden estar relacionadas, entre otras, con situaciones como las siguientes:

- Imposibilidad de aplicar determinado procedimiento previsto en el programa de trabajo diseñado, que se considere necesario o deseable;
- Inadecuados registros primarios de la información;
- Políticas contable-económico-financieras- administrativas y de otro tipo, no acordes con la legislación aplicable vigente.
- Organización de la empresa auditada

➤ *Desarrollo de Hallazgo.*

Con la ayuda de la hoja de hallazgos se debe ir detallando uno a uno los diferentes hallazgos encontrados y finalizar con la conclusión del mismo. Además se deben tener en cuenta los criterios generales siguientes:

Las conclusiones son deducciones lógicas basadas en los hallazgos de los auditores; la fuerza de las conclusiones de los auditores depende de lo persuasivo de la evidencia de los hallazgos y lo convincente de la lógica usada para formular dichas conclusiones; no deben constituir la repetición de lo consignado en la sección Resultados del propio informe, sino una síntesis de los hechos y situaciones fundamentales comprobadas; cuidando de incluir un hecho o hallazgo que no haya sido reflejado en otra sección del informe; debe reflejarse, de forma general, las causas fundamentales que originaron el error, irregularidad o fraude planteado, así como las consecuencias directas e indirectas que pudieran derivarse de estos hallazgos; y

➤ *Opinión del Auditor*

Se expone la calificación otorgada de acuerdo con los resultados del servicio de Auditoría ejecutado. Esta calificación debe ser lo más objetiva posible, observándose el procedimiento establecido en la legislación vigente, en donde se evalúa la confiabilidad de la información financiera y de otro tipo que emite; la eficiencia y eficacia en las operaciones y actividades que desarrolla; el cumplimiento de las

disposiciones jurídicas que le son aplicables; y el control de los recursos disponibles (humanos, materiales y financieros). Se otorga una calificación por los resultados alcanzados referidos al control interno, (contable y administrativo) y otra adicional, cuando se trate de auditoría de Gestión, Financiera, Seguimiento o Recurrente.

Recomendaciones: los criterios a tener en cuenta son:

- ✓ Los auditores deben incluir en el informe sus recomendaciones, a partir de los errores, irregularidades o fraudes detectados durante la auditoría;
- ✓ Las recomendaciones son más constructivas cuando se encaminan a atacar las causas de los problemas observados, se refieren a acciones específicas y van dirigidas a quienes deben emprender esas acciones; y
- ✓ Es necesario que las medidas que se recomiendan sean factibles y que su costo se corresponda con los beneficios esperados.

➤ *Anexos*

Se relacionan los anexos que se acompañan al informe, cuando sea necesario elaborar éstos; y en los casos en que se hayan determinado incumplimientos de la ley, demás regulaciones, principios y normas establecidas o cualesquiera otras acciones u omisiones que afecten la buena marcha de la organización, el auditor interno debe presentar una Declaración de Responsabilidad Administrativa, de acuerdo con la legislación vigente.³⁶

³⁶MALDONADO, Milton, Auditoría de Gestión, Tercera Edición, Quito 2006, p. 168-172

2.3 MARCO TECNICO Y LEGAL

2.3.1 MARCO TECNICO

2.3.1.1 LEY REGULADORA DEL EJERCICIO DE LA CONTADURÍA PÚBLICA Y AUDITORIA.

El objeto de esta Ley, es regular el ejercicio de la profesión de la Contaduría Pública, la función de la Auditoría, y los derechos y obligaciones de las personas naturales o jurídicas que las ejerzan.

Dentro de la modernización de las funciones del Estado, existe la posibilidad que determinados profesionales ejerzan ciertas funciones públicas cuya vigilancia sea debidamente supervisada y colaborar de esta manera con los fines del Estado, en distintas áreas.

No existe una Ley que regule el funcionamiento del mencionado Consejo, por lo que se hace imperativo emitir este instrumento legal, a fin de establecer las regulaciones y responsabilidades fundamentales de los contadores públicos, y la normativa básica para los contadores, así como los procedimientos de vigilancia para los que ejerce la Contaduría Pública.

2.3.1.2 CÓDIGO DE ÉTICA.

En mayo de 2005, el Consejo de Vigilancia de la Profesión de Contaduría Pública y Auditoría (CVPCPA), ha emitido un Código de Ética para Contadores Públicos (CEPCP), cuya preparación se basó en el código de la Federación Internacional de Contadores (IFAC), (principalmente en la edición de 1998). Tal código es importante para garantizar que quienes ejercen la profesión acaten plenamente los principios fundamentales de conducta profesional, incluyendo la integridad, la objetividad, la

competencia y, en el caso de los auditores, la independencia. Sin embargo el Código de Ética para Contadores Públicos (CEPCP), presenta ciertas diferencias con el código de la Federación Internacional de Contadores (IFAC), contiene ciertas imprecisiones y no establece el régimen de sanciones.

Este Código de Ética es aplicable a los Contadores Públicos inscritos en el Concejo de Vigilancia de la Profesión de Contaduría Pública y Auditoría (CVPCPA), sean personas naturales o jurídicas, tanto en ejercicio independiente o cuando actúen como funcionarios o empleados de Instituciones Públicas o Privadas. Comprende también a los contadores públicos que, además ejerzan otra profesión.

Un Código de Ética apropiado es esencial para garantizar que los auditores autorizados desempeñen su función observando los principios fundamentales de integridad, objetividad, competencia, debido cuidado, confidencialidad e independencia.

2.3.1.3 NORMAS DE AUDITORÍA GENERALMENTE ACEPTADAS (NAGA'S)

Las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS) son los principios fundamentales de auditoría que regulan el desempeño de los auditores durante el proceso de la auditoría. Para la solvencia y confiabilidad del informe son de aplicación obligatoria, ya que el cumplimiento de estas normas garantiza la calidad del trabajo profesional del auditor.

Las NAGAS tienen su origen en los boletines (Statement on Auditing Standards-SAS) emitidos por el comité de Auditoría de Instituto Americano de Contadores públicos de los estados Unidos de Norteamérica en el año 1948.

Constituyen la base técnica para el desarrollo del trabajo del auditor, pues las mismas rigen tanto los aspectos que conciernen a la personalidad como el factor trabajo del profesional en Contaduría Pública, cuando se dedica al ejercicio de la Auditoría.

Las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, son tan relevantes que se aplican independientemente del tamaño del cliente, tipo organización; pero su mayor significación radica en la delimitación de las responsabilidades para la entidad que se examina y para el auditor mismo.

2.3.1.4 *NORMAS INTERNACIONALES DE AUDITORIA (NIA'S).*

Las Declaraciones de Normas de Auditoría o SAS (Statementson Auditing Standards) son interpretaciones de las normas de auditoría generalmente aceptadas que tienen obligatoriedad para los socios del American Institute of Certified Public Accountants AICPA, pero se han convertido en estándar internacional, especialmente en nuestro continente. Las Declaraciones de Normas de Auditoría son emitidas por la Junta de Normas de Auditoría (Auditing Standard Board ASB).

Los pronunciamientos del IAASB rigen los trabajos de auditoría, revisión, otros trabajos de atestiguamiento y servicios relacionados que se conducen de acuerdo con Normas Internacionales. No sobrepasan a las leyes o regulaciones locales que rigen la auditoría de estados financieros históricos o trabajos de atestiguamiento sobre otra información en un país determinado, las cuales deben seguirse de acuerdo a normas nacionales de cada país. En caso de que las leyes o regulaciones locales difieran de, o entren en conflicto con, las Normas del IAASB sobre un asunto en particular, el trabajo conducido de acuerdo con las leyes o regulaciones locales no cumplirá automáticamente con las Normas del IAASB. Un contador profesional no deberá representar un cumplimiento con las Normas del IAASB a menos que el contador profesional haya cumplido totalmente con todas las que sean relevantes al trabajo.

El Consejo de la Federación Internacional de Contadores (IFAC), ha establecido el Consejo Internacional de Practicas de Auditoría (IAAPC), para desarrollar y emitir, a

nombre del Consejo, Normas y Declaraciones de Auditoría. El Consejo Internacional de Prácticas de Auditoría (IAAPC) cree que la emisión de dichas Normas y Declaraciones mejorará el grado de uniformidad de las prácticas de auditoría en todo el mundo. Las Normas Internacionales de Auditoría (NIA's), son elaboradas con el propósito de establecer normas y dar lineamientos sobre el objeto y los principios generales de la responsabilidad de la administración. Estas normas y declaraciones buscan establecer reglas de alta calidad, para mejorar el grado de uniformidad de las prácticas de auditoría, atestiguamiento y servicios relacionados alrededor del mundo y fortalecer la confianza en la profesión de la auditoría, en beneficio del interés público.

Las NIA'S deben ser aplicadas en la auditoría de los estados financieros. También deben ser aplicadas, con la adaptación necesaria, a la auditoría de otra información y de servicios relacionados. La naturaleza de las Normas del IAASB requiere que los contadores profesionales ejerzan el juicio profesional al aplicarlas. En circunstancias excepcionales, un contador profesional puede juzgar necesario desviarse de un principio básico o procedimiento esencial de una Norma de Trabajo para lograr el objetivo de un trabajo. Cuando surge esta situación, el contador profesional deberá estar preparado para justificar la desviación.

2.3.1.5 NORMAS DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL

Estas Normas son de aplicación obligatoria para los auditores internos, firmas privadas de auditoría o de la Corte de Cuentas, que realicen auditorías en las entidades a las que se refiere el artículo 3 de la Ley de la Corte de Cuentas. Las NAG'S, especifican los requisitos generales y personales del auditor, así como las normas para la planificación, ejecución y la comunicación de resultados de auditoría financiera, operacional y de exámenes especiales.

Las NAG'S, imponen a los auditores gubernamentales, la responsabilidad de garantizar que cada auditoría sea ejecutada por personal que posea la capacidad necesaria para ello; que preserve su independencia; que se cumplan las normas al planificar, ejecutar y preparar los informes de auditoría; que haya establecido un sistema interno apropiado de control de calidad; y, que participe en un programa de revisión externa de control de calidad.

Estas normas contienen conceptos relativos a los requisitos generales y personales del auditor, tienen por objeto regular lo relativo a las aptitudes personales y profesionales que el auditor debe poseer para realizar su trabajo; se relacionan con la capacidad profesional que debe poseer todo auditor gubernamental; con la independencia, confidencialidad y cuidado profesional que debe tener y demostrar al ejecutar sus labores; con la aplicación de controles de calidad.

También se refieren estas normas de manera generales a la supervisión que debe ejercer el órgano de control sobre el proceso de auditoría, a la planificación y elaboración del informe de la auditoría, a la evidencia, a la evaluación del control interno y al cumplimiento con leyes y regulaciones.

Así mismo contienen los aspectos básicos que debe cumplir todo auditor gubernamental al realizar auditorías operacionales o de gestión para la evaluación objetiva, constructiva, sistemática y profesional de las actividades relativas al proceso de gestión de una organización, con el fin de determinar el grado de eficiencia, eficacia, efectividad, economía, equidad, excelencia y valoración de costos ambientales, con que son manejados los recursos, la adecuación y fiabilidad de los sistemas de información y control, considerando las siguientes fases del trabajo:

- a) Planificación
- b) Ejecución del Examen
- c) Informe

Y como último punto estas normas contienen las premisas básicas respecto al examen especial, que debe cumplir todo auditor gubernamental al realizar este tipo de examen o revisión puntual de unos de los elementos que son considerados en una auditoría financiera, u operacional o de gestión, considerando las siguientes fases:

- a) Planificación
- b) Ejecución del Trabajo
- c) Informe y Comunicación de Resultados

2.3.1.6 MANUAL DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL

De conformidad al artículo 195 de la Constitución de la República, la Corte de Cuentas de la República, tiene a su cargo la fiscalización de la Hacienda Pública en general y de la ejecución del Presupuesto en particular. Para la práctica de la auditoría gubernamental se requiere de los instrumentos necesarios que faciliten el eficiente y eficaz desempeño de los auditores.

El presente Manual constituye una herramienta que permite facilitar la práctica de la Auditoría Gubernamental, en sus diferentes fases: Planificación, Ejecución e Informe. Para cada fase, se presentan los aspectos más importantes que debe considerar el auditor a efecto de cumplir con los objetivos del examen.

Es importante mencionar que este manual es flexible y susceptible de ser mejorado, por consiguiente, no pretende sustituir el juicio profesional y experiencia de los auditores; por lo que ha sido elaborado con la finalidad de unificar criterios entre el personal operativo de las Direcciones de Auditoría.

El presente documento consta de tres partes, la primera contiene diez capítulos, los cuales están referidos a los aspectos generales de la auditoría, lo relativo a las Normas de

Auditoría Gubernamental (NAG), fases de la auditoría, técnicas y procedimientos de auditoría, papeles de trabajo, evidencia de auditoría, evaluación del control interno, muestreo estadístico, materialidad y riesgo de auditoría. La segunda parte cuenta con tres capítulos, los cuales se refieren al desarrollo de la auditoría financiera, operacional o de gestión y exámenes especiales y la tercera parte contiene las disposiciones finales.

2.3.2 MARCO LEGAL

2.3.2.1 CÓDIGO DE SALUD

El código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social y demás organismos del Estado. Por lo que la regulación de este Código se rige las empresas sujetas a la investigación debido a que su actividad económica es la comercialización de medicamentos.

El consejo autorizará la apertura y funcionamiento de los establecimientos así como la venta de los productos farmacéuticos, suplementos vitamínicos y otros productos o sustancias que ofrezcan una acción terapéutica al ser humano, dicha autorización será otorgada únicamente a las farmacias y ventas autorizadas de medicinas siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos para su funcionamiento legal.

2.3.2.2 LEY DEL SERVICIO CIVIL

Mediante esta normativa la Ley del Servicio Social tiene por finalidad regular las relaciones del Estado y el Municipio con sus funcionarios y empleados; y garantizar la protección de éstos y la eficiencia de la administración pública y municipal, y organizar la carrera administrativa mediante la selección y promoción del personal sobre la base

del mérito y la aptitud. Creando para ello orgánicamente el Tribunal de Servicio Civil, y sus atribuciones.

Debe comprender especialmente las condiciones de ingreso a la administración, las reglas relativas a promociones, ascensos, traslados, suspensiones y cesantías de los funcionarios y empleados comprendidos en la carrera administrativa; y los recursos contra las resoluciones que los afecten. Para garantizar la eficiencia de la administración en beneficio del interés público, es indispensable que la ley especial sobre la materia regule también los deberes y prohibiciones a que deben quedar sujetos los funcionarios y empleados.

2.3.2.3 REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud pública y Asistencia Social es un decreto ejecutivo aprobado el 09 de Agosto de 1963 que conforme al Código de Salud le corresponde dictar las normas pertinentes de las actividades relacionadas con la Salud, y asimismo elaborar los Reglamentos que fueren necesarios; los Hospitales adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respondan a las necesidades, funciones y responsabilidad que se les asignan, en concordancia con el mismo Código de Salud.

2.3.2.4 LEY DE ASUETOS, VACACIONES Y LICENCIAS DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS.

Esta ley tiene por objeto establecer los días de asueto y vacaciones de los empleados públicos así como también las causales de licencias ya sean estas por: 1. Por enfermedad;

2. Por alumbramiento;
 3. Por enfermedad gravísima de los parientes cercanos;
 4. Por duelo;
 5. Por el desempeño de misiones oficiales fuera de la República;
 6. Por salir del país integrando delegaciones deportivas, culturales o científicas, así como también cuando los empleados sean llamados para formar parte de las selecciones deportivas salvadoreñas en el caso de eventos de carácter internacional.
- También contiene un conjunto de disposiciones que orientan la gestación de toda persona a su cargo.

2.3.2.5 JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO

Esta junta tiene por objeto establecer las normas que regulan la organización, funcionamiento y además actividades de los Laboratorios Clínicos en el país.

Las Juntas de Vigilancia de los laboratorios clínicos es el organismo encargado de vigilar el ejercicio de la profesión en Laboratorio Clínico, sus actividades, técnicas y auxiliares que la complementan y el adecuado funcionamiento de los laboratorios que prestan servicio público. Participara en la regulación de aquellas otras de alguna manera se relacionan con ella o con su desempeño. Esta junta estará constituida por cinco Miembros Propietarios y cinco Suplentes, quienes deberán ser profesionales en laboratorio clínico y estar debidamente inscritos.

2.3.2.6 MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

El presente documento tiene el propósito de exponer la conformación organizativa del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, categorizado como Básico de Segundo Nivel,

dependiente de la Dirección Nacional de Hospitales, Vice ministerio de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL.

De igual forma contiene los antecedentes, la Visión y la Misión del Hospital y su despliegue en Objetivos y funciones que marcan las directrices y lineamientos generales para la toma de decisiones, en la administración de los procesos que lo integran.

La implementación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en adelante RIISS, que impulsa la Reforma de Salud para garantizar el continuo de la atención entre los diferentes Niveles, de igual manera se contribuye a la Categorización de Hospitales, la definición de la cartera de prestaciones y la relevancia de la mejora continua de la calidad, así como el compromiso del Órgano Ejecutivo para que todas las instituciones públicas cumplan con la “Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública”, que vincula la calidad en la gestión con los propósitos fundamentales siguientes: Toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, bajo el principio de corresponsabilidad social. La gestión pública tiene que orientarse para resultados, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, por medio del control social y rendición periódica de cuentas.

Así también este Manual contiene la descripción de las funciones que competen al Hospital, la estructura organizativa y la dependencia jerárquica de los ambientes administrativos que lo conforman.

2.3.2.7 LEY GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO.

Esta ley tiene por objeto establecer los requisitos de seguridad y salud ocupacional que deben aplicarse en entidades públicas y privadas. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS) es el encargado de su aplicación y de velar por su fiel cumplimiento.

Una de las obligaciones que estipula esta legislación es la conformación de los Comités de Seguridad y Salud Ocupacional en todo centro de trabajo que posean 15 o más trabajadores. La normativa diseñada para aplicarse participativamente entre empleadores y trabajadores exige que en estos comités haya delegados de los patronos, de los trabajadores y de sindicatos.

La Ley establece la facultad del Ministerio de acreditar peritos en áreas especializadas, los cuales realizarán labores de supervisión y auditoría en aspectos específicos; así como empresas asesoras en prevención de riesgos laborales. También en su marco sancionatorio enuncia las infracciones clasificándolas en leves, graves y muy graves.

La normativa cuenta con cuatro reglamentos:

1. De gestión de la prevención de riesgos en los lugares de trabajo
2. Para la verificación del funcionamiento y mantenimiento de generadores de vapor.
3. Para la acreditación, registro y supervisión de peritos en áreas especializadas y empresas asesoras en prevención de riesgos ocupacionales.
4. Reglamento general en materia de prevención de riesgos en los lugares de trabajo.

2.3.2.8 *REGLAMENTO GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO.*

Este reglamento tiene por objeto regular la aplicación de la “Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo”, en lo referente a las condiciones de Seguridad e Higiene en que deben desarrollarse las labores, a fin de eliminar o controlar los factores de riesgos en los puestos de trabajo, sean estos de naturaleza mecánica o estructural, física, química, ergonómica, biológica o psicosocial; la competencia le corresponde al ministerio de trabajo y prevención social para la debida aplicación de este reglamento la que tendrá que ser en los lugares de trabajo ya sean estos públicos o privados.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

CAPITULO III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación será descriptivo ya que tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización de un evento de estudio dentro de un contexto. Y porque es necesario describir las actividades y procedimientos que se realizan en cada área de los departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos en la gestión estratégica del hospital.

Para efectos de la investigación se procedió a aplicar el método hipotético Deductivo, el cual consiste en “que parte de datos generales aceptados como válidos y que, por medio del razonamiento lógico, pueden deducirse varias suposiciones, la deducción parte de la razón inherente a cada fenómeno. La deducción desempeña un papel muy importante ya que, gracias a ella, se aplican los principios descubiertos en casos particulares” y es de metodología cualitativa-cuantitativa porque se combinarán las técnicas de encuesta y entrevista, el cual consiste en la interpretación del sentido subjetivo de la conducta, ósea, de lo que las personas piensan. Y la cuantitativa, que pretende medir el fenómeno y explicarlo.

3.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se realizará en dos etapas, siendo la primera bibliográfica y la segunda de campo.

3.2.1 Investigación Bibliográfica

La investigación bibliográfica se enfoca para sustentar el trabajo de investigación y para identificar y analizar las áreas potenciales a evaluar en los departamentos de Laboratorio clínico y Recursos Humanos del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.

Se realizó una investigación de carácter bibliográfico relacionado a los procesos que se llevan a cabo en una auditoría de Gestión tales como: Manual de Auditoría Gubernamental (Corte de Cuentas), Normas de Auditoría Gubernamental, Normas Internacionales de Auditoría, bibliografía relacionada a hospitales y otros documentos que abordan el tema de investigación.

3.2.2 Investigación de Campo

Para la investigación de campo aplicada para comprender y resolver alguna situación, necesidad o problema en un contexto determinado se utilizó un cuestionario, como instrumento para la recolección de la información, con preguntas cerradas, de selección múltiple y abiertas, de tal forma que se pudiera recolectar toda la información necesaria para realizar un diagnóstico de la situación actual de los departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos de Hospital Santa Rosa de Lima y que a la vez proporcionará insumos para la propuesta o solución al problema identificado.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para llevar a cabo la recopilación de la información de la investigación, se tomará como instrumento el cuestionario, la entrevista y fichas bibliográficas.

3.3.1 Cuestionario

En el cual se formularan preguntas de carácter cerrado, y contendrá preguntas que representarán la fiabilidad del hospital, donde se mencionarán alternativas de respuestas

a la pregunta, que serán fácilmente contestadas por el entrevistado; con el fin de obtener datos para el trabajo de investigación.

3.3.2 Entrevista

En esta se harán preguntas de carácter abierto, es decir para que los entrevistados respondan de forma libre, de acuerdo a los conocimientos y noción que se tengan sobre los temas en cuestión y así conocer más detalladamente sobre la situación actual del hospital de santa rosa de lima.

3.3.3 Ficha Bibliográfica

Instrumento utilizado para recopilar datos de las normas legales, administrativas, contables, de auditoría, de libros, revistas, periódicos, trabajos de investigación e Internet relacionados con el trabajo de investigación.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1 Universo

Para la presente investigación se tomo como universo al personal del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima siendo esta una población total de 202 empleados.

3.4.2 Muestra

En la presente investigación se tomara una muestra no probabilística la cual se describe como una muestra dirigida, en donde la selección de elementos depende del criterio del investigador. La muestra no es más que una parte del universo que servirá para representarlo. Esta muestra solo será de la que labora en los departamentos de Laboratorio clínico y Recursos Humanos del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.

Por lo anterior la muestra a evaluar estará constituida por: el Director del Hospital, el Administrador General, la jefe de Recurso Humano y laboratorio Clínico y cuatro

empleados dos de Recursos Humanos y los otros dos de Laboratorio Clínico, siendo este un total de 8 personas encuestadas.

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

3.5.1 Técnicas de análisis de datos:

Los datos se presentarán de forma narrativa para la entrevista y para el cuestionario se presentará en cuadros y gráficos de pastel y las respuestas serán objeto de análisis e interpretación auxiliándose de las siguientes técnicas:

- Análisis documental
- Conciliación de datos
- Representación gráfica
- Interpretación de las respuestas
- Indagación

3.5.2 Técnicas de procesamiento de datos:

En el trabajo de investigación se procesaran los datos con apoyo de las diferentes fuentes, por intermedio de las siguientes técnicas:

- Ordenamiento y clasificación
- Registro manual
- Proceso computarizado con Word

3.5.3 Validación de datos:

Consiste en dar sustento de la veracidad de los datos obtenidos, a través de:

- Confrontación de datos.
- Triangulación de datos

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Auditoría De Gestión

PREGUNTA N° 1: ¿Conoce usted el concepto de Auditoría de Gestión?

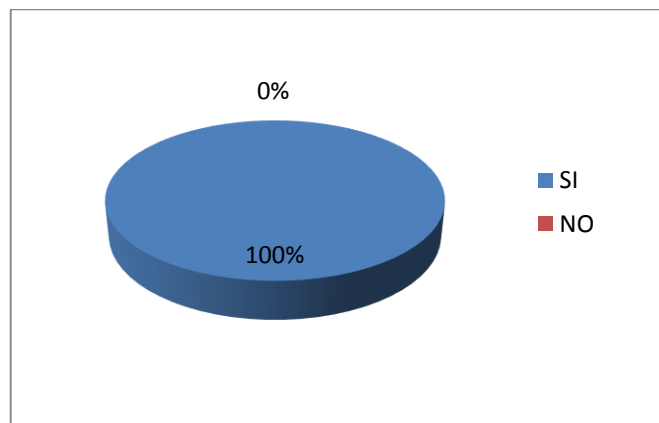
OBJETIVO: Determinar si los jefes y empleados de los departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico saben en qué consiste la auditoría de gestión.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS e INTERPRETACION: En base a la respuesta obtenida tanto los jefes como los empleados encuestados conoce el significado de Auditoría de Gestión. Los resultados son el 100% dijo que si conocen el concepto de dicha Auditoría.

4.2 FASE DE PLANEACION

PREGUNTA N° 2: Según la auditoría de gestión realizada en periodos pasados por la corte ¿considera usted que se ha desarrollado de la manera adecuada la fase de planificación?

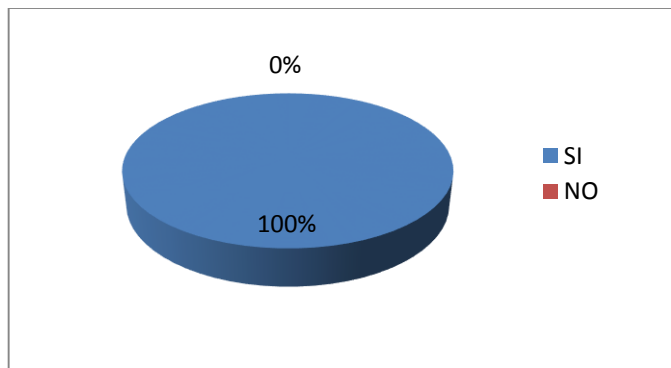
OBJETIVO: Conocer si la fase de planeación ha sido elaborada de la mejor manera por los auditores.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS e INTERPRETACION: En base a la respuesta obtenida por los jefes y empleados encuestados la auditoria ha sido bien desarrollada por los auditores de la Corte de Cuenta ya que los resultados son que el 100% dijo que si han desarrollado bien la fase de planeación en sus auditorías pasadas.

4.3 FASE DE EJECUCION

PREGUNTA N° 3: ¿Al realizar la auditoria en la fase de ejecución los auditores encargados no interrumpen las labores en los diferentes departamentos o áreas del hospital?

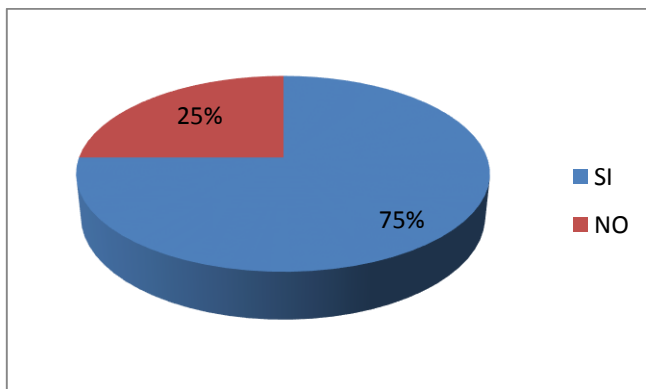
OBJETIVO: Conocer si el personal es interrumpido por los auditores a la hora de realizar la auditoria.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS e INTERPRETACION: El 75% de los encuestados manifiesta que al estar realizando la auditoria los auditores si interrumpen el desarrollo de las labores de los empleados. Mientras que el 25% dijo que no son interrumpidas sus labores.

4.4 INFORME DE AUDITORIA

PREGUNTA N° 4: ¿El informe de auditoría es tomado en cuenta para corregir las fallas mencionadas en él y evitar que se vuelvan a presentar?

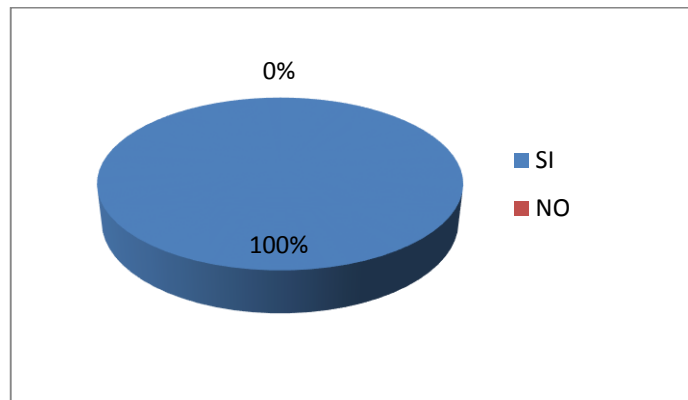
OBJETIVO: Conocer si los jefes toman en cuenta el informe emitido por los auditores.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS e INTERPRETACION: El 100% de los encuestados manifiesta que el informe de auditoría es tomado en cuenta para corregir los errores encontrados dentro de un área o departamento del hospital para así poder dar un mejor funcionamiento en las tareas asignadas.

4.5 CONTROLES INTERNOS

PREGUNTA N° 5: ¿Existen controles internos establecidos por la Dirección que son del conocimiento de todos?

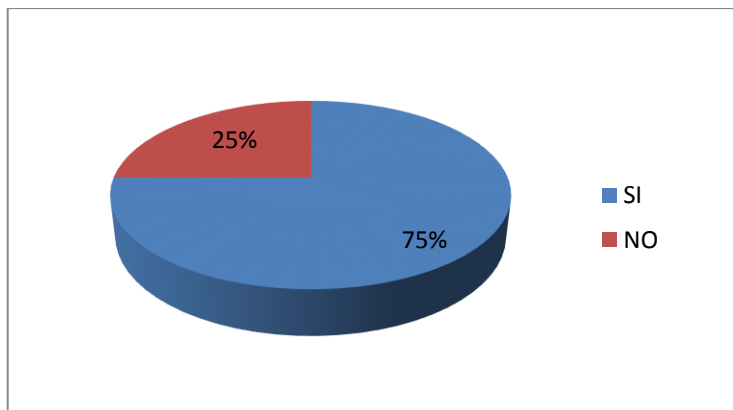
OBJETIVO: Conocer si los controles emitidos por la dirección son del conocimiento de todos.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS e INTERPRETACION: El 75% de los encuestados si conocen y saben que existen estos controles establecidos por la dirección. El 25% no conoce estos controles y ni sabe de ellos o algunos saben que existe pero consideran nunca haber visto.

4.6 MECANISMOS O CONTROLES

PREGUNTA N° 6: ¿Los mecanismos o controles proporcionados por la dirección ayudan a obtener mayor eficiencia en el desarrollo de las actividades?

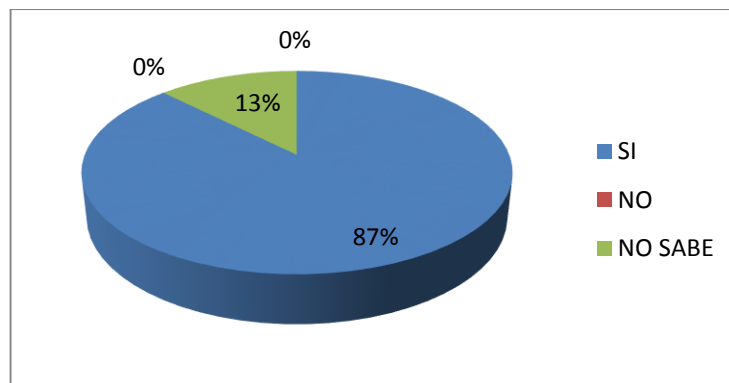
OBJETIVO: Determinar si los empleados con estos mecanismos emitidos por la Dirección son más eficientes en sus actividades asignadas.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	7	87%
NO	0	0%
NO SABE	1	13%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 87% de los encuestados consideran que al ser proporcionados los mecanismos o controles por la Dirección el personal si desarrollara con mayor eficiencia las actividades, mientras que un 13% no sabe si esto ayudara a que sean más eficientes en el desarrollo de sus actividades cotidianas dentro del hospital.

4.7 MAYOR EFICACIA

PREGUNTA N° 7: ¿Según la pregunta anterior estos mecanismos y controles también son de ayuda para obtener mayor eficacia para el desarrollo de las actividades?

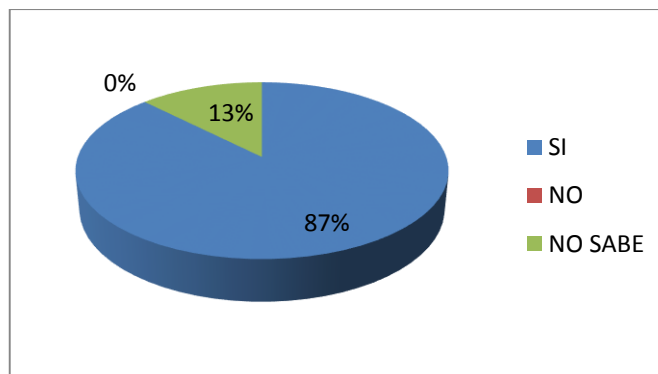
OBJETIVO: Determinar si los empleados con estos mecanismos emitidos por la Dirección tienen más eficacia en sus actividades asignadas.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	7	87%
NO	0	0%
NO SABE	1	13%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 87% de los encuestados consideran que al ser proporcionados los mecanismos o controles por la Dirección el personal si desarrollaría con mayor eficacia las actividades asignadas mientras que un 13% no sabe si esto ayudara hacer eficaces en sus actividades.

4.8 BENEFICIOS ECONÓMICOS

PREGUNTA N° 8: Si proporcionando este tipo de mecanismos y controles por la alta dirección se logra obtener mayor eficacia y eficiencia, ¿considera usted que también es una manera de obtener beneficios económicos?

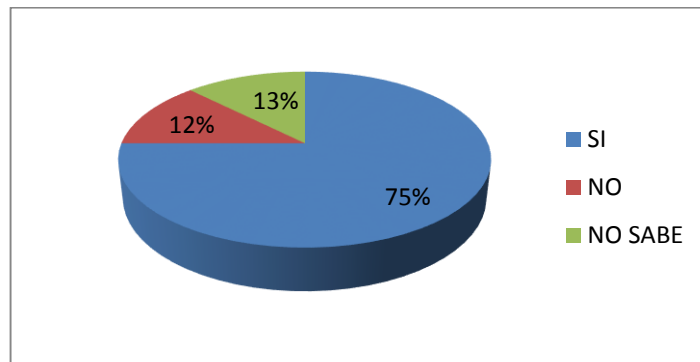
OBJETIVO: Determinar si con estos mecanismos proporcionados por la Dirección se obtendría de una mejor manera beneficios económicos.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	6	75%
NO	1	12%
NO SABE	1	13%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 75% de los encuestados consideran que al ser proporcionados los mecanismos o controles por la dirección y logrando obtener una mayor eficiencia y eficacia, si se pueden lograr obtener beneficios económicos, un 12% considera q no se obtendrían tales beneficios, mientras que un 13% no sabe si esto ayudara o no.

4.9 CONTROL DE CALIDAD AL LABORATORIO CLINICO

PREGUNTA N° 9: ¿Considera usted que la auditoría de gestión es una manera de obtener un control de calidad adecuado, dentro del Laboratorio Clínico?

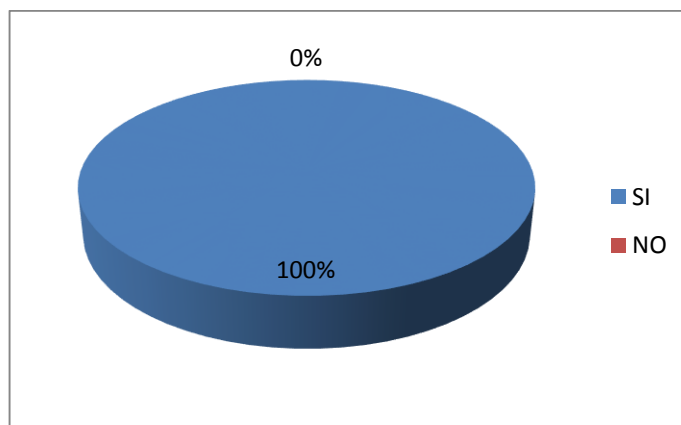
OBJETIVO: Determinar si con la auditoría de gestión en el laboratorio clínico se puede obtener un control de calidad adecuado.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 100% de los empleados encuestados consideran que la Auditoria de Gestión es importante para obtener un control de calidad adecuado para el departamento de Laboratorio Clínico.

4.10 NORMAS DEL LABORATORIO CLINICO

PREGUNTA N° 10: ¿Cree usted que en el Laboratorio Clínico se cumplen con todas las normas establecidas por el hospital o el ministerio de salud?

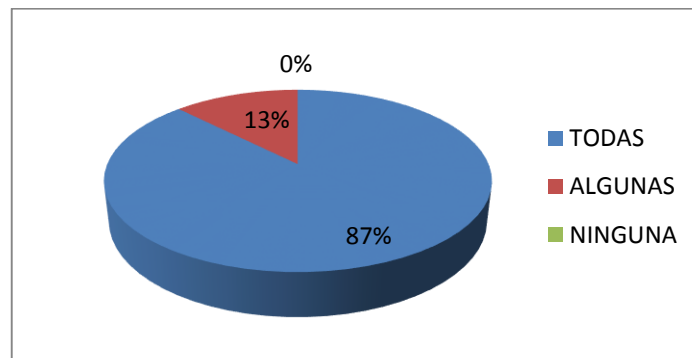
OBJETIVO: Determinar si en el Laboratorio Clínico los empleados cumplen con las Normas establecidas.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
TODAS	7	87%
ALGUNAS	1	13%
NINGUNA	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 87% de los empleados encuestados consideran que en el laboratorio clínico se cumplen todas las normas establecidas, mientras que un 13% considera que solo algunas se cumplen es decir que no se cumplen en su totalidad.

4.11 PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO

PREGUNTA N° 11: ¿Cómo considera la productividad del recurso humano dentro del laboratorio clínico?

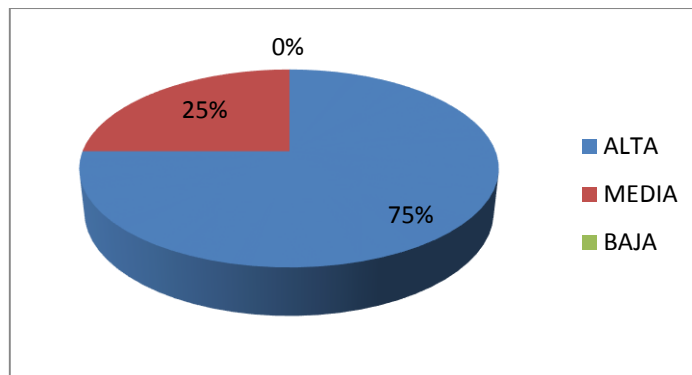
OBJETIVO: Saber si la productividad que tiene el recurso humano que labora en el departamento de laboratorio clínico es la adecuada.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
ALTA	6	75%
MEDIA	2	25%
BAJA	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 75% de los empleados encuestados consideran que la productividad del recurso humano que labora en el departamento de laboratorio clínico es alta, lo que hace que el servicio brindado sea adecuada para los usuarios. El 25% dijo que la productividad de estos empleados es media por lo que tendrían que mejorar en el servicio brindado.

4.12 COMPRAS DE INSUMOS DEL LABORATORIO

PREGUNTA N° 12: ¿cada cuánto tiempo son realizadas las compras de los insumos utilizadas en el laboratorio clínico?

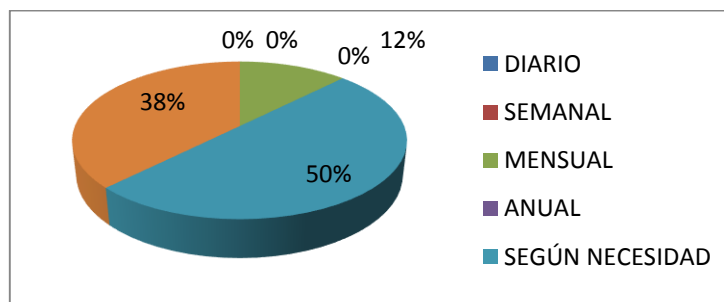
OBJETIVO: Conocer cada cuanto tiempo son realizadas las compras de insumos para el departamento de laboratorio clínico.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
DIARIO	0	0%
SEMANAL	0	0%
MENSUAL	1	12% %
ANUAL	0	0%
SEGÚN NECESIDAD	4	50%
NO SABE	3	38%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 50% de los empleados encuestados consideran que las compras de insumos son según la necesidad que tiene el departamento de laboratorio clínico, un 12% considera que son mensuales, mientras que un 38% no saben cada cuanto tiempo son realizadas las compras para el laboratorio.

4.13 CONTROL PARA EL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

PREGUNTA N° 13: ¿Existe dentro del departamento de Laboratorio Clínico un tipo de control en cuanto al mantenimiento de los equipos?

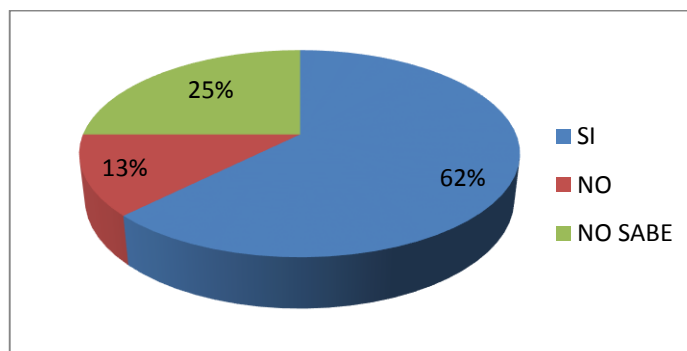
OBJETIVO: Conocer si en el departamento de laboratorio clínico llevan un control del mantenimiento brindado a los equipos utilizados.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	5	62%
NO	1	13%
NO SABE	2	25%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 62% de los empleados encuestados consideran que en el laboratorio clínico hay un debido control para el mantenimiento de equipos, un 13% dice que no se lleva un control del equipo, mientras un 25% no sabe si en este departamento se está llevando a cabo un control.

4.14 CLIMA LABORAL

PREGUNTA N° 14: ¿Cree usted que el clima laboral que se les proporciona a los recursos humanos es adecuado?

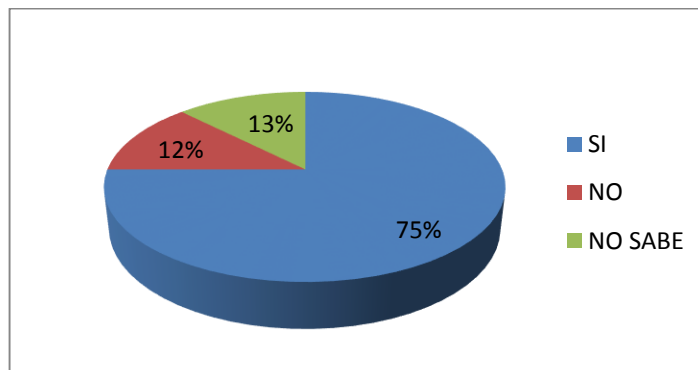
OBJETIVO: Saber si el personal del hospital está laborando en un clima adecuado para el desarrollo de sus actividades.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	6	75%
NO	1	12%
NO SABE	1	13%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 75% de los encuestados consideran que el clima laboral es el adecuado para que los empleados puedan desarrollar bien sus actividades, un 12% considera que no es el adecuado ya que las actividades realizadas no son las mismas para todos los empleados y un 13% no sabe si es o no el adecuado.

4.15 PROMOCIONES E INCENTIVOS

PREGUNTA N° 15: ¿Existen políticas de promociones e incentivos para los Recursos Humanos en el hospital?

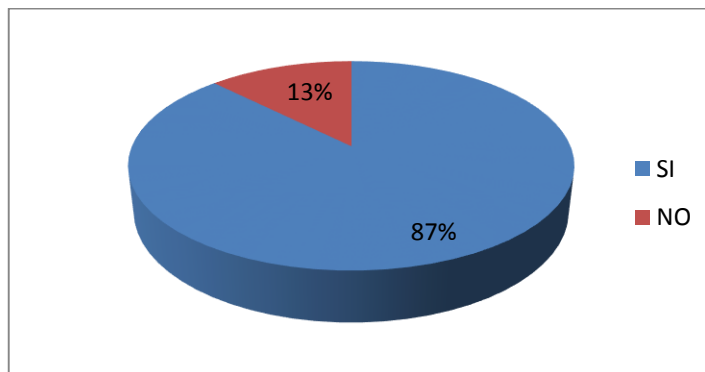
OBJETIVO: Conocer si en el hospital tienen políticas de promociones e incentivos a los empleados para ejecutar bien las actividades asignadas.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	7	87%
NO	1	13%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 87% de los encuestados consideran que el hospital tiene políticas de promociones e incentivos para los empleados lo que ayuda a que realicen mejor sus labores cotidianas, y un 13% contestó que no existen tales políticas.

4.16 POLITICAS DE SELECCIÓN Y FORMACION

PREGUNTA N° 16: ¿Existen políticas de selección y formación de los recursos humanos en el hospital?

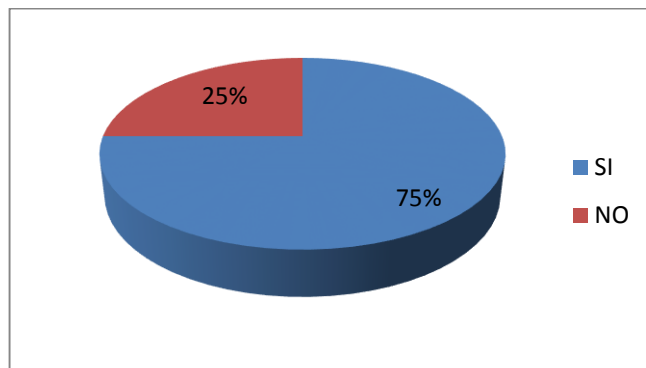
OBJETIVO: Conocer si en el hospital tienen políticas para seleccionar al personal que va a laboral y si le dan formación para el puesto adquirido.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	6	75%
NO	2	25%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El 75% de los encuestados consideran que el hospital tiene políticas de selección y formación el cual sirve para la formación del personal y que estos conozcan mejor sus labores a realizar, y un 25% dijo que no hay políticas para formar mejor al personal del hospital.

4.17 MANUAL DE FUNCIONES

PREGUNTA N° 17: ¿Cuenta el hospital con un manual de funciones el cual se describan los puestos de los recursos humanos así como las tareas que corresponden a cada uno?

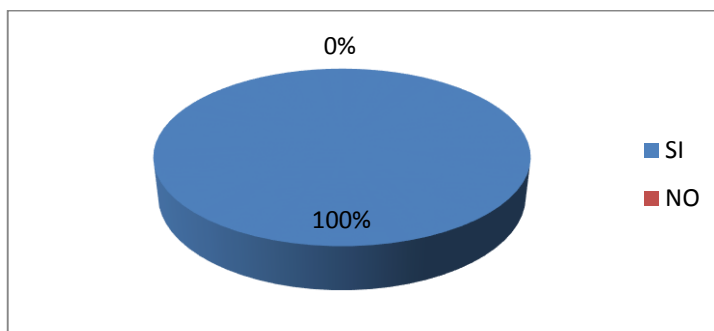
OBJETIVO: Conocer si poseen un manual de funciones, que facilite la ejecución de las operaciones que realizan los empleados.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El resultado de la encuesta demuestra que el 100% de los empleados del hospital conoce de la existencia de un manual de funciones en donde se describe las tareas que realiza cada recurso.

4.18 CAPACITACION AL RECURSO HUMANO

PREGUNTA N° 18: ¿Considera usted que al capacitar a los recursos humanos y al proporcionar más recursos materiales, existiría una mejor calidad en los servicios que se prestan en el hospital?

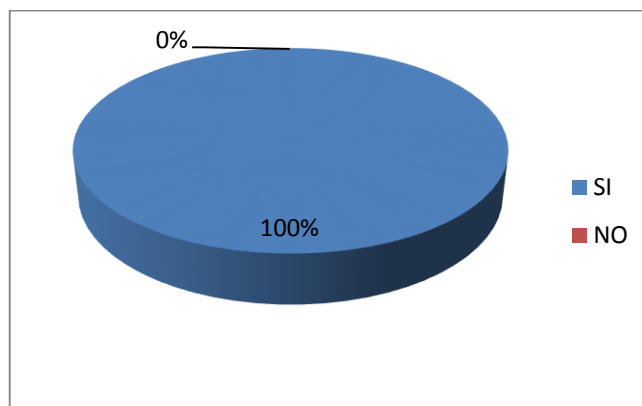
OBJETIVO: Conocer si al capacitar al recurso humano y proporcionarles más materiales brindarían un mejor servicio al hospital.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta se determinó que el 100% de los empleados consideran que al brindarles capacitaciones ayudara a brindar un mejor servicio a los usuarios del hospital.

4.19 MAYOR PRODUCTIVIDAD

PREGUNTA N° 19: Con respecto a la pregunta anterior ¿considera usted que también se obtendría una mayor productividad?

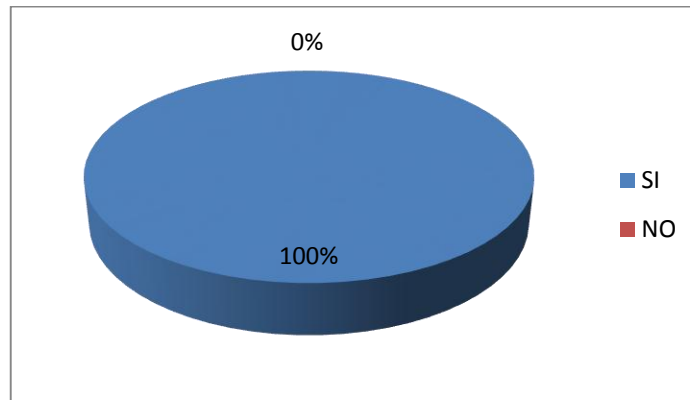
OBJETIVO: Conocer si al capacitar al recurso humano ayudaría a obtener una mayor productividad en el hospital.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta se determinó que el 100% de los empleados toman en cuenta que la capacitación será una buena manera de poder dar una mayor productividad en sus tareas asignadas dentro del hospital.

4.20 MEJOR SERVICIO

PREGUNTA N° 20: ¿Cree usted que al brindarles incentivos a los Recursos Humanos se obtendría mejor servicio?

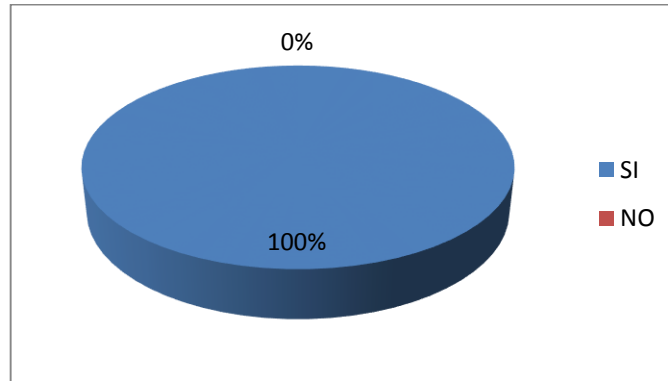
OBJETIVO: Conocer si al incentivar mas a los empleados estos podrían dar un mejor servicio a los usuarios.

A. PRESENTACION DE RESULTADOS:

Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
SI	8	100%
NO	0	0%
TOTALES.	8	100%

FUENTE: Elaboración propia, basada en las encuestas realizadas.

B. PRESENTACION GRAFICA:



C. ANALISIS E INTERPRETACION: El resultado de la encuesta demuestra que el 100% de los empleados considera que al otorgarles incentivos estos brindaran un mejor servicio a la población.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ El Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima no cuenta con un departamento de Auditoría Interna esto hace más grande la necesidad de una evaluación más minuciosa y adecuada a las funciones y operaciones de la institución.
- ✓ Para llevar a cabo una Auditoria de Gestión es necesario contar con un marco metodológico para guiar las acciones de ésta y la alternativa de brindar a una organización los elementos de juicio idóneos para transformar las experiencias en conocimientos.
- ✓ El Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima cuenta con mecanismos y controles proporcionados por la Alta Dirección, sin embargo muchos de los empleos no tienen conocimientos de estos.
- ✓ Muchos de los empleados que laboran en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima conocen que existen Políticas de promociones e Incentivos, sin embargo hay algunos empleados que no tienen idea de cuáles pueden ser esas políticas que pueden ser de beneficio para ellos y para el hospital.
- ✓ Una Auditoria de Gestión, contribuirá al logro del aprovechamiento óptimo de los recursos y al incremento de los niveles de eficiencia y eficacia en el desempeño del personal, al producir recomendaciones que se traducirían en medidas concretas que mejoren la administración de estos recursos.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda al Hospital en estudio que implemente un departamento de Auditoría Interna para que este amplíe más lo que la Corte de Cuenta hace o este sirva de ayuda a este organismo.
- ✓ Si se poseen mecanismos y controles por la alta dirección se recomienda al director que estos sean mostrados o publicados a todo el personal del hospital ya que muchos empleados no saben que existen estos mecanismos ayudando así a tener una mayor eficiencia en el personal.
- ✓ Se recomienda que el director del hospital de a conocer por medio de una asamblea o a través de acuerdos a los empleados cuales son las políticas que existen en cuanto a las promociones e incentivos que son de beneficio para ellos.
- ✓ Al finalizar la realización de la auditoría de gestión se recomienda al director que tome en cuenta el informe y las posibles sugerencias que pueden haber en este para que el hospital pueda funcionar de una mejor manera.

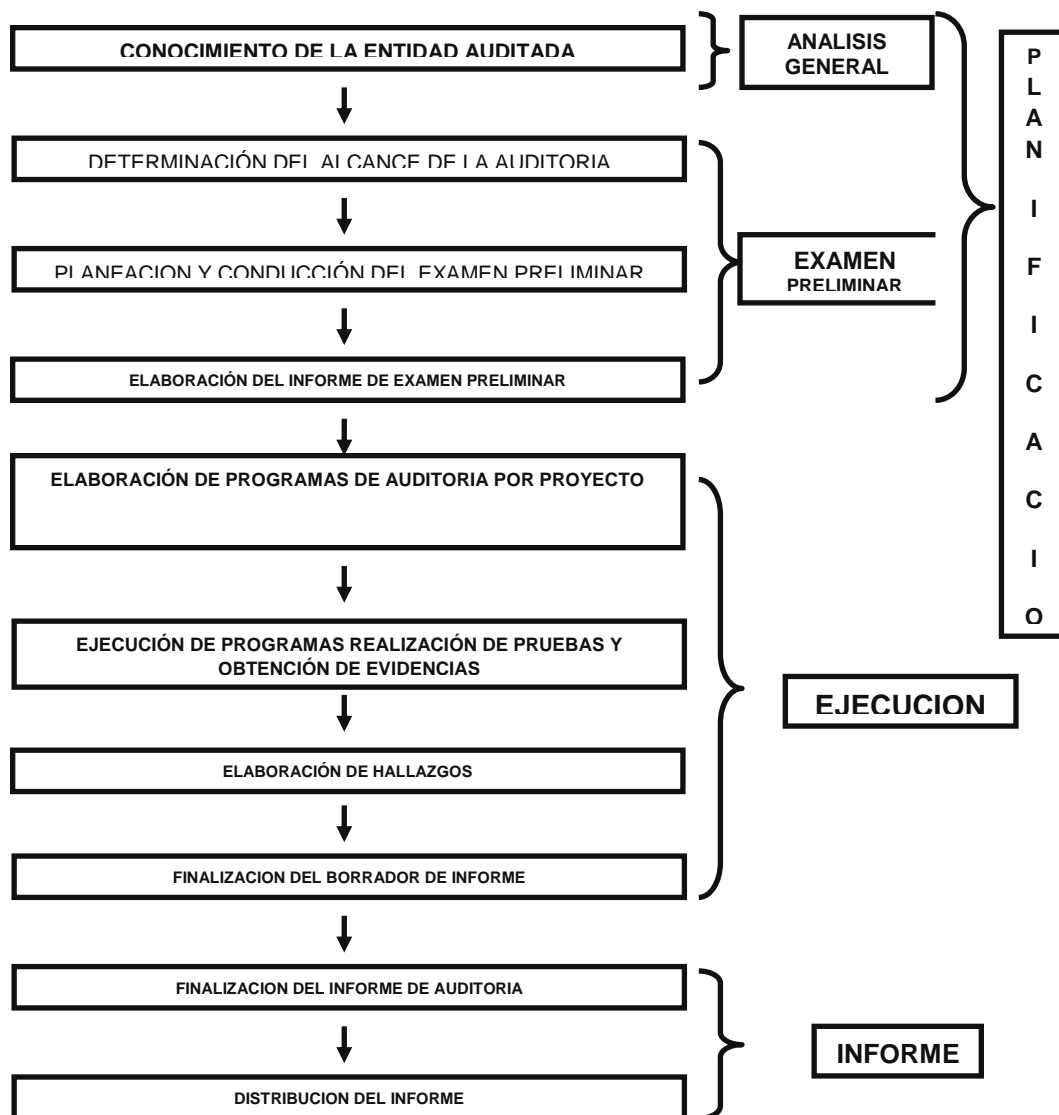
CAPITULO VI

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

CAPITULO VI. DESARROLLO DE UNA AUDITORIA DE GESTION EN LOS DEPARTAMENTOS DE LABORATORIO CLINICO Y RECURSOS HUMANOS, DEL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LA UNION, 2013.

6.1 PROCESO DE LA AUDITORIA DE GESTION

El proceso de la auditoría operacional o de gestión comprende las fases de planificación, ejecución del examen e informe, el cual se ilustra, así:



6.1.1 FASE DE PLANIFICACION DE LA AUDITORIA DE GESTION

Las Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte, en lo referente a la planificación expresa lo siguiente: “La auditoría operacional o de gestión debe ser planificada de forma técnica y profesional, el equipo de auditoría debe preparar un plan general de auditoría, análisis general de la entidad auditada, un examen preliminar, así como conocer y evaluar el control interno.

1. El plan general de auditoría comprende los siguientes aspectos:
 - a) Objetivo general, el cual se relaciona con el propósito que se persigue al efectuar la auditoría: determinar el grado de eficiencia, eficacia, efectividad, economía, equidad, excelencia y valoración de costos ambientales con que son utilizados los recursos públicos en determinada entidad pública.
 - b) Los objetivos específicos, los cuales identifican los asuntos o temas a evaluar en componentes, áreas, unidades administrativas, proyectos, programas o funciones específicas de la entidad sujeta a auditoría.
 - c) Alcance del trabajo, el cual señala los límites de la auditoría: el período y las actividades, áreas, programas y otros elementos objeto de la evaluación.
 - d) Enfoque general, el cual consiste en determinar cuál será el direccionamiento del examen, factores y características que han de evaluarse, tomando en consideración el alcance y los objetivos de la auditoría.
 - e) Resultado de la auditoría, el cual deberá ser un informe que retroalimente a la entidad auditada en forma oportuna para que corrijan y tomen decisiones sobre su direccionamiento; que establezca las causas de desviaciones o incumplimientos y las respectivas recomendaciones.

- f) El plan general incluirá el fundamento de la auditoría: las Normas de Auditoría Gubernamental y la Ley de la Corte.
 - g) El plan general de auditoría debe incluir el nombre de los responsables de la auditoría, incluyendo el Comité Técnico, director, subdirector, asesor jurídico, equipo de auditoría, supervisor, jefe de equipo.
 - h) Cronograma, éste debe contener las actividades, los plazos de ejecución y responsables de cada actividad.
2. Los auditores deben realizar un análisis general de la entidad de forma que puedan conocer y entender sus objetivos, metas, procesos y organización, funcionamiento, entorno, marco jurídico, normativa interna, indicadores de gestión, proveedores, ambiente, entre otra información relevante.
 3. Los auditores deben llevar a cabo un examen preliminar e informar internamente sus resultados. Este examen tiene como objetivo explorar las líneas de examen identificadas en el análisis general y profundizar el conocimiento y comprensión inicial. Se deben identificar las actividades y controles claves, los asuntos de potencial importancia, los correspondientes riesgos, servicios estratégicos y otros factores que a juicio profesional del auditor se estimen relevantes para determinar las áreas a auditar. Asimismo, se deben identificar los criterios de auditoría.
 4. El auditor gubernamental deberá obtener una comprensión de los controles internos relevantes relacionados con los objetivos específicos de la auditoría operacional programada. Los componentes del control interno son los siguientes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación y monitoreo de la entidad, programa, área o actividad a evaluar. También comprende los procesos de planificación, organización, dirección y control de las operaciones a examinar.

5. El conocimiento del control interno tiene el propósito que el auditor gubernamental se concentre en su comprensión y determine su importancia para los objetivos de la auditoría. Una clasificación para orientar la comprensión de los controles es la siguiente:
 - a) Sobre las operaciones de la entidad, programa, área o actividad a evaluar.
 - b) Relativos a la validez y confiabilidad de la información producida.
 - c) Sobre el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.
6. Para cada auditoría operacional se determinarán los riesgos relacionados con las operaciones de la entidad, programa, área o actividad sujeta al examen. Existen los riesgos inherentes o propios de las actividades operacionales de la entidad, los riesgos de control generados por la ausencia de procedimientos en el diseño de los controles internos y el riesgo de detección o riesgo de auditoría, el cual consiste en posibilidad de emitir un informe sin que los errores o irregularidades importantes incluidos en las operaciones de la entidad, programa, área o actividad hayan sido detectados por los procedimientos de auditoría programados y aplicados.
7. Una vez definidas las áreas a auditar, el auditor debe elaborar el programa específico de la auditoría, el cual debe contener los procedimientos que coadyuven en el logro de los objetivos de la auditoría.
8. El auditor gubernamental debe planificar la auditoría operacional para tener una seguridad razonable de que será posible descubrir los errores e irregularidades significativos incluidos en las operaciones de la entidad, programa, área o actividad examinada.

9. Debe elaborarse un plan de muestreo de atributos de las operaciones a verificar, tomando como referencia la evaluación de los riesgos de control interno y los siguientes elementos:
- a) Planifique la muestra. Defina el objetivo de la prueba, los atributos de la excepción, el universo, la unidad de muestreo, el error tolerable, el riesgo de aceptación incorrecta, la tasa de excepción del universo y el tamaño inicial de la muestra.
 - b) Seleccione la muestra y desarrolle las pruebas.
 - c) Evalúe los resultados. Generalice la muestra al universo, analice las excepciones y decida la aceptabilidad del universo.”

La planificación de la auditoría se refiere a la determinación de los objetivos y alcance de la auditoría, el tiempo que requiere, los criterios, la metodología a aplicarse y la definición de los recursos que se consideran necesarios para garantizar que el examen cubra las actividades más importantes de la entidad, los sistemas y sus correspondientes controles gerenciales.

La planificación garantiza que el resultado de la auditoría satisfaga sus objetivos y tenga efectos productivos. Su realización cuidadosa reviste especial importancia cuando se evalúa la efectividad, eficiencia y economía en las entidades o proyectos gubernamentales, dado que los procedimientos que se aplican son complejos y variados. Por ello, este proceso pretende establecer un adecuado equilibrio entre los objetivos y alcance de la auditoría, el tiempo disponible para ejecutarla y el número de horas que debe trabajar el personal para lograr un nivel óptimo en el uso de los recursos destinados para la práctica de la auditoría en particular.

6.1.2 ANALISIS GENERAL

El análisis general se refiere al conocimiento inicial de la entidad, programa o actividad, implica el diseño de una estrategia general para entender la forma en que opera o funciona, con el objeto de evaluar la importancia de los objetivos de auditoría probables y la factibilidad de lograrlos. Durante la etapa de revisión general debe obtenerse información y evaluar los aspectos siguientes:

a) Marco Jurídico Externo

Recopilación y análisis del aspecto jurídico externo aplicable a la entidad, comprende toda la base legal sobre la cual se fundamenta la existencia de la misma, regulando su ámbito de acción y sus relaciones con otras entidades.

b) Normativa Interna

La obtención y análisis de la documentación interna generada por la entidad, tales como: Reglamentos, Acuerdos de Concejo, de Juntas Directivas, del Titular de la Entidad, Actas de Comités, Resoluciones, Instructivos, Manuales, Políticas, Contratos, etc.

c) Arquitectura Organizacional

La arquitectura organizacional, se concibe como el modelo de gerencia adoptado por cada entidad para el desarrollo de sus funciones, en concordancia con los fines institucionales establecidos, la cual está constituida por los siguientes componentes:

c.1) Ideas Rectoras (Visión, Misión, Principios y/o Valores).

Visión

Consiste en desarrollar un rumbo o destino que la entidad reconozca como propio, que ayude a sus miembros a actuar en forma coordinada para su logro.

Misión

Representa la razón fundamental de la existencia de la entidad. Se le conoce también como propósito o razón de ser.

Principios y/o valores

Describen el modo en que la entidad se propone operar día a día para alcanzar su visión. Son pautas de conducta recíproca, apreciación de los usuarios, la comunidad y proveedores / su ministrantes.

c.2) Objetivos y metas

Son los fines hacia los cuales se dirige una actividad y representan el resultado o efecto que se desea obtener, los cuales pueden existir sin haber sido expresados en forma concreta. Las Leyes de creación u otra normativa legal definen en el sector público la autoridad y/o mandato de cada entidad, sus propósitos, al igual que los programas o proyectos que desarrollan, no obstante, la administración debe fijar los objetivos y su nivel de operación o metas.

c.3) Productos y/o servicios

Consiste en todos aquellos bienes y servicios que las entidades proporcionan a la población, usuarios, etc., en forma directa o indirecta.

c.4) Teoría, métodos y herramientas

Involucra todas las herramientas utilizadas en las diferentes fases del proceso administrativo, las cuales están contenidas en: Planes de desarrollo y/o Estratégicos, Planes Operativos, Estudio del Entorno, Programas y/o Proyectos, Estructura Organizacional, Manuales de Funciones, Manuales de Procedimientos, Manuales Técnicos, etc.

c.5) Mejoras tecnológicas u operativas

Consisten en aquellos cambios metodológicos, técnicos y tecnológicos, orientados a dinamizar los procesos y controles establecidos por la entidad.

d) Estructura financiera

Se refiere al estudio y análisis de los Estados Financieros, Cartera de Cuentas Corrientes, Inversiones en Bienes Físicos e Intangibles, Costos de Operación, etc.

Conclusión de la Etapa de Análisis General

En conclusión, el análisis general requiere de una concentración de esfuerzo en el conocimiento y comprensión, a través del estudio y análisis de la información y documentación solicitada a la entidad y que ha sido detallada en los literales anteriores, para lo que deberán elaborarse cédulas narrativas que contengan una síntesis de cada uno de ellos.

Después de efectuar el análisis de los aspectos señalados, cada uno de los auditores responsables de los temas asignados, hará una presentación a los demás miembros del equipo con el fin de que todos tengan conocimiento de la entidad; siendo el Jefe del Equipo quien consolidará la información presentada de la manera siguiente:

- Rol y posición de la entidad auditada.
- Objetivos de la entidad.
- Funciones desarrolladas.
- Estructura organizativa.
- Recurso humano con que cuenta y sus costos.
- Presupuesto financiero, detallando sus fuentes y usos.

- Conocimiento del entorno: Describiendo factores que inciden en el quehacer de la entidad auditada, ya sea de manera directa o indirecta.
- Identificación de líneas de examen preliminar.

Finalmente, se elaborará un informe el cual se denominará Plan de Examen Preliminar y deberá de contener el siguiente esquema:

- Introducción
- Análisis General de la Entidad
- Identificación de Líneas de Examen Preliminar (LEPA'S)
- Identificación de Fuentes de Criterio
- Identificación de Criterios Generales de Auditoría
- Planificación del Examen Preliminar:
 - ✓ Lista de Proyectos
 - ✓ Objetivos
 - ✓ LEPA'S del Proyecto
- Cronograma de Actividades
- Anexos

6.2 Examen Preliminar

Dentro de la fase de planificación se encuentra como última etapa el Examen Preliminar que tiene como objetivo explorar en una forma eficiente las líneas de examen identificadas durante la etapa de análisis general, profundizar el conocimiento y la

comprensión inicial de las relaciones de responsabilidad, identificar las actividades claves de la administración, así como los sistemas y controles aplicados.

6.2.1 Ejecución del examen preliminar

6.2.1.1 Identificación de Líneas de Examen Preliminar (LEPA'S)

Estas líneas serán identificadas tomando en cuenta los resultados obtenidos en el Análisis General, involucrando las diferentes áreas que conforman la entidad, proyecto o actividad sujeta a examen.

En esta etapa es necesario enumerar y agrupar en proyectos de auditoría todas las LEPA'S establecidas en las diferentes áreas cubiertas, con el propósito de evaluarlas en cada una de las áreas que han de ser examinadas, para lograr un mejor conocimiento y comprensión de la entidad auditada. Pueden considerarse, entre otros los aspectos siguientes:

- La descripción del sistema de otorgamiento de servicios con que cuenta la entidad, a fin de garantizar que los bienes y servicios provistos hayan sido recibidos por los beneficiarios.
- La identificación de procedimientos de control que permitan medir, corregir e informar sobre la efectividad de los planes y proyectos establecidos.
- La descripción de los elementos principales que constituyen el sistema de administración de recursos humanos.
- Identificación de los controles para el manejo de las transacciones financieras y administrativas.
- La preparación y actualización de documentos técnicos que describan las funciones básicas de la administración, tales como, planes estratégicos y

operativos, manuales, reglamentos, instructivos, etc., en concordancia con las necesidades reales de la entidad.

- Descripción del manejo y control de los activos fijos, haciendo énfasis en la utilización, custodia, salvaguarda, legalización, registro, etc.
- La adecuación de los procesos establecidos y sus correspondientes parámetros de medición.

Una vez evaluadas las Líneas de Examen Preliminar, el equipo de auditores está en la capacidad de identificar las diferentes fuentes de criterio de auditoría, aplicables particularmente a las áreas o actividades sujetas de examen.

6.2.1.2 Identificación de las Fuentes de Criterios de Auditoría

Las fuentes de criterio de auditoría provienen del fundamento legal, normativo u operativo que regula u orienta las diversas áreas sujetas de examen. Las cuales el auditor identifica mediante la revisión de los proyectos involucrados en el proceso de auditoría.

Las fuentes de criterio, entre otras, pueden ser:

- Leyes, reglamentos, instructivos y demás normativa que regule el funcionamiento de la entidad.
- Manuales operativos y de procedimientos de la entidad.
- Plan de gobierno.
- Planes estratégicos y operativos.

6.2.1.3 Identificación de Criterios Generales de Auditoría

Los criterios de auditoría proporcionan normas razonables para la evaluación del diseño y el rendimiento de los sistemas. El Jefe de Equipo, deberá cerciorarse de que se identifiquen criterios adecuados de auditoría.

Los criterios de auditoría deben:

- Suministrar pautas útiles para la evaluación del manejo de los recursos físicos, humanos y financieros, en términos de economía, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, excelencia y valoración de costos ambientales.
- Suministrar un medio o herramienta de evaluación para medir el desarrollo de procedimientos administrativos en la entidad.
- Construir las bases de evaluación de la estructura orgánica de la entidad.

6.2.1.4 Indicadores de Gestión

Las entidades públicas realizan diversas acciones para alcanzar sus metas y objetivos, los cuales están orientados a generar bienes o servicios que satisfagan las demandas de la sociedad. En la medida que la administración de la entidad logre sus propósitos, en esa medida estará realizando su gestión. En todo proceso administrativo, es necesario asegurar el cumplimiento de metas y objetivos. Los Indicadores de Gestión constituyen herramientas valiosas para medir la gestión.

Para evaluar la gestión de la entidad objeto de examen, los auditores realizarán procedimientos de verificación utilizando indicadores de gestión. Es conveniente que cada institución del sector público elabore los indicadores que le son aplicables de conformidad a la naturaleza de las operaciones que realiza, de no existir, los auditores deben construirlos, para facilitar la evaluación de la gestión de la entidad auditada.

6.2.1.5 Informe de Examen Preliminar

El informe de examen preliminar, es un componente importante del proceso de auditoría y una herramienta vital para su control. Es preparado por el Jefe de Equipo de Auditoría, conjuntamente con los auditores a cargo de cada proyecto involucrado en el examen.

El propósito del informe es el siguiente:

- Proporcionar al Comité Técnico de Auditoría, un mayor conocimiento y comprensión de la entidad auditada, sobre sus actividades claves y los sistemas y controles aplicados.
- Lograr apoyo del Comité Técnico, en cuanto a la importancia y adecuación de los asuntos seleccionados, para ser tratados como asuntos de potencial importancia en la fase de ejecución de la auditoría.

El informe debe ser breve, sin entrar en detalle de los asuntos que hayan sido cubiertos anteriormente; además, debe presentarse en una forma lógica, detallando únicamente los aspectos que sean de potencial importancia para las decisiones que deban tomarse en relación con el bosquejo del plan de auditoría.

6.2.1.6 Contenido del Informe de Examen Preliminar

El informe de examen preliminar contendrá lo siguiente:

- ✓ Introducción.
- ✓ Actividades administrativas y controles claves.
- ✓ Identificación de los criterios de auditoría que han de aplicarse.
- ✓ Asuntos de potencial importancia.
- ✓ Bosquejo del plan de auditoría.

INTRODUCCION

Deberá contener una descripción breve del contenido del Informe de Examen Preliminar.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y CONTROLES CLAVES.

Uno de los pasos más importantes para la etapa de examen, es la descripción de las actividades claves que las entidades han establecido para ejecutar e informar sobre las operaciones que desarrollan. Tal descripción deberá hacerse por cada uno de los proyectos seleccionados, tomando en cuenta las consideraciones siguientes:

- Enfatizar sobre las características y controles principales que existan o que deban existir y si el costo de preparación es razonable.
- Relacionar la importancia de los procesos con el papel que desempeña la entidad, para el logro de sus objetivos y metas.

Una herramienta que el auditor podría utilizar para la descripción de los procesos es el flujo grama, el cual constituye un medio apropiado de sinterización, registro y comunicación del conocimiento logrado de las actividades de la organización.

IDENTIFICACION DE LOS CRITERIOS DE AUDITORIA QUE HAN DE APLICARSE.

El auditor describirá la normativa legal y/o técnica que se refieran a una situación o proceso realizado en condiciones normales, es decir, que anotará los artículos, incisos o párrafos de la ley, reglamento, instructivos u otra normativa que regule la condición identificada.

ASUNTOS DE POTENCIAL IMPORTANCIA API'S.

Los asuntos de potencial importancia, se diferencian de las líneas de examen preliminar de auditoría (LEPA'S), identificadas en el análisis general, porque dichas líneas de examen están diseñadas para mejorar y ampliar la comprensión y conocimiento de la entidad por parte del auditor, mientras que los asuntos de potencial importancia (API'S), son el resultado de la evaluación de las LEPA'S en el examen preliminar y tentativamente pueden ser determinados como observaciones sobre las cuales se elaborarán los hallazgos en la fase de examen.

Es decir que son aquellos aspectos de potencial importancia, que en esta etapa deben ser examinados con mayor énfasis, a fin de confirmarlos como asuntos de real importancia; podrían determinar el alcance de la fase de examen y son útiles para la especificación de los objetivos de la auditoría.

Los factores a considerar para establecer los asuntos de potencial importancia son los siguientes:

- Asuntos determinados por los auditores que podrían afectar a la administración en el desarrollo de sus procesos.
- Áreas de riesgo identificadas en auditorías anteriores.
- Áreas potenciales de operaciones antieconómicas o ineficientes.
- Asuntos relacionados con el incumplimiento de las leyes, reglamentos y demás normativa aplicable; existencia de fraudes u otras irregularidades.
- Incertidumbre en cuanto al conocimiento de la entidad acerca de la efectividad de sus programas y deficiencias en sus procesos para evaluar la efectividad.
- Naturaleza y tamaño relativo de un programa o actividad y su importancia.
- Importancia de nuevos programas o actividades.
- Características de la administración o gerencia, tales como restricciones o libertades poco usuales en el desempeño de las funciones.
- Naturaleza e importancia de los recursos físicos, humanos y financieros involucrados.

BOSQUEJO DEL PLAN DE AUDITORIA

Constituye uno de los puntos principales de control de la auditoría, debido a que define el alcance del examen, en términos de los objetivos y proyectos, los recursos requeridos de acuerdo a las capacidades especiales que se necesiten, el tiempo que se ha de requerir en cada proyecto, las metas, puntos de control y la fecha de finalización.

En esta fase es importante tener claro que los objetivos del plan de auditoría, se basan en conclusiones tentativas resultantes del examen preliminar; pero una vez que se realicen las pruebas adecuadas y se recopilen las evidencias adicionales necesarias durante la fase de examen, es posible que sea necesario introducir modificaciones al plan y a sus objetivos, dicha actividad está bajo la responsabilidad del jefe de equipo y los auditores, siendo aprobada por el supervisor respectivo.

El bosquejo del plan de auditoría deberá ser preparado por el Jefe de Equipo, conjuntamente con los auditores.

Contenido del bosquejo del plan de auditoría por proyecto:

- Nombre del proyecto
- Objetivo
- Criterios de auditoría
- Asuntos de potencial importancia abordados
- Requerimientos de recursos

6.3 Fase de Examen

Las Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte, en lo referente a la ejecución de la auditoría operacional o de gestión, expresan lo siguiente: “El auditor gubernamental deberá aplicar programas de auditoría operacional para obtener evidencia suficiente, competente y relevante para fundamentar los hallazgos y las conclusiones de la auditoría operacional.

1. La auditoría gubernamental en general y la operacional en particular consiste básicamente en obtener y examinar las evidencias para llegar a conclusiones e informar respecto de la utilización de los recursos disponibles y del logro de los objetivos de la entidad, programa, área o actividad examinada, así como el sustentar los hallazgos de auditoría desarrollados.

2. Para cada hallazgo de auditoría, los auditores gubernamentales deben establecer la recomendación o recomendaciones pertinentes, comentario de la Administración y comentario de los auditores en caso de que exista discrepancia.

3. Para cada auditoría operacional se organizará un legajo de papeles de trabajo que acumule de manera ordenada y clara la información importante como evidencia suficiente, competente y relevante de la ejecución del plan de auditoría, la aplicación de los programas específicos, el desarrollo de los hallazgos y las conclusiones del trabajo.

3.1 Los requisitos de los papeles de trabajo, son:

- a) Completos y exactos, con el objeto de que permitan sustentar debidamente los hallazgos, opiniones y conclusiones y demostrar la naturaleza y el alcance del trabajo realizado;
- b) Claros, comprensibles y detallados para que un auditor experimentado, que no haya mantenido una relación directa con la auditoría esté en capacidad de fundamentar las conclusiones y recomendaciones mediante su revisión.
- c) Legibles, ordenados y debidamente referenciados.
- d) Contener información relevante, esto es, limitarse a los asuntos que sean pertinentes e importantes para cumplir los objetivos del trabajo encomendado.

3.2 Durante la ejecución de la auditoría se identifican los hallazgos, se revisan los archivos de auditoría y se prepara un borrador del informe de la auditoría, el cual debe ser presentado al Comité Técnico de Auditoría del órgano de control con el propósito de que éste sugiera mejoras al citado borrador. Una

vez mejorado éste, se hará la presentación, previa convocatoria, a los funcionarios de la entidad auditada.”

6.3.1 Componentes de la Fase de Examen

El examen de auditoría comprende la realización de pruebas, la evaluación de controles y la recolección de evidencia suficiente, competente y confiable, para determinar si los asuntos de potencial importancia identificados en la fase de planificación, realmente son importantes para efectos de su inclusión en el informe final.

La fase de examen incluye lo siguiente:

1. Elaboración de programas de auditoría por proyecto.
2. Realización de pruebas y obtención de evidencia.
3. Comunicación de presuntas deficiencias (Observaciones).
4. Desarrollo de deficiencias menores y de hallazgos con sus atributos.
5. Finalización del borrador de informe.
6. Carta de salvaguarda.

6.3.2 Elaboración de Programas de Auditoría por Proyecto

El programa de auditoría deberá incluir objetivos y procedimientos. Su elaboración será responsabilidad del Jefe de Equipo y Auditor Encargado del proyecto; la revisión y aprobación, corresponderá al Supervisor.

Los procedimientos de cada programa, deberán estar orientados a alcanzar los objetivos formulados en el plan general de auditoría y en cada proyecto del informe de examen preliminar, así como a recopilar la evidencia suficiente y competente, que constituya respaldo a los resultados de la auditoría. En general, pueden establecerse varios procedimientos para un objetivo y es posible que un procedimiento pueda estar relacionado con uno o más criterios.

6.3.3 Realización de Pruebas y Obtención de Evidencia

Los programas de auditoría establecen en sus procedimientos, las labores y las pruebas que deben realizarse. Estarán estructurados de manera que faciliten el desarrollo metódico del examen. La evidencia constituye la comprobación de los hechos, con documentación suficiente, competente y pertinente que sustenta las conclusiones del auditor. Es la información específica obtenida durante la labor de auditoría a través de técnicas de observación, inspección, entrevista y examen de los registros.

La actividad de auditoría se dedica a la obtención de la evidencia, dado que ésta provee una base racional para la formulación de juicios u opiniones. El término evidencia incluye documentos, fotografías, análisis de hechos efectuados por el auditor y en general, todo material usado para determinar si los criterios de auditoría son alcanzados.

6.3.4 Comunicación de Presuntas Deficiencias

La comunicación de resultados a las personas relacionadas con las presuntas deficiencias, se realiza por escrito, en la medida en que se identifican dichas deficiencias, en el transcurso de la auditoría, con el propósito de garantizar su derecho de defensa, confirmar la presunta deficiencia y que todas las personas responsables de la

actividad observada, estén enteradas de los resultados, para que tengan oportunidad de participar activamente en la presentación de evidencia para desvirtuar, modificar o confirmar las presuntas deficiencias y/o dar las explicaciones correspondientes, en beneficio de la objetividad de nuestros resultados.

Cuando se trate de ex funcionarios o ex empleados, la comunicación será en forma personal o por correo certificado, entregándola en su domicilio o lugar de trabajo.

Si en el transcurso de la auditoría se identifican posibles ilícitos penales, según opinión escrita de la Dirección Jurídica, el Jefe de Equipo elaborará un informe, agregando al mismo las condiciones encontradas y la evidencia sustentatoria, remitiéndolo al Director de Auditoría correspondiente, quien lo suscribirá y lo comunicará de inmediato al Presidente de la Corte de la República, para los efectos legales consiguientes.

6.3.5 Desarrollo de Deficiencias Menores y de Hallazgos con sus Atributos

Se considera una deficiencia menor, la observación que a criterio del equipo de auditoría, no tiene consecuencias significativas en el sistema de control interno y gestión de la entidad, considerando los factores cualitativos y cuantitativos. Los auditores deben utilizar su juicio profesional al decidir cuáles observaciones son deficiencias menores y cuál es constituyen hallazgos.

La deficiencia menor debe ser comunicada al Titular, para fortalecer el sistema de control interno y gestión de la entidad auditada, con el propósito de prevenir que en el futuro se convierta en hallazgo. Dicha deficiencia será reportada a través de una carta de gerencia, de la cual se hará mención en el informe de auditoría correspondiente. El hallazgo se origina cuando al comparar la normativa incumplida (deber ser) con la observación (deficiencia señalada por los auditores) existe diferencia o incumplimiento.

Para el desarrollo del hallazgo se utilizará el formato "Hallazgo de Auditoría", una vez desarrollado, el auditor, lo entregará al jefe de equipo, para su revisión e incorporación al borrador del informe de auditoría

Establecido el hallazgo, se identifica la causa (el asunto o asuntos que originan el problema o situación) y el efecto (las consecuencias negativas que generan la situación o situaciones encontradas).

Resulta de suma utilidad precisar causas y efectos, así como cuantificar o valorar los efectos negativos, en términos de pérdidas de dinero, de activos, de imagen corporativa, de posicionamiento institucional, de calidad del servicio, del alcance de las actividades, del incumplimiento de lo establecido en planes y programas, de metas, objetivos, etc. Es importante identificar los aspectos positivos o fortalezas institucionales, de las cuales se debe obtener la evidencia que las sustenten, ya que deberán reportarse con el propósito de balancear el efecto poco constructivo de un informe eminentemente negativo.

6.3.6 Finalización del Borrador de Informe

En esta fase el Jefe de Equipo deberá finalizar, con el apoyo de los auditores, la preparación del borrador de informe y resumen ejecutivo, los cuales serán revisados detalladamente por el Supervisor, en los siguientes aspectos: Resultados con su evidencia, ortografía, redacción, cuadros y gráficos.

El borrador de informe será elaborado de conformidad al esquema siguiente

- Introducción
- Objetivos y Alcance de la Auditoría
- Limitaciones en el Alcance de la Auditoría
- Principales logros institucionales y de la auditoría
- Resultados de la Auditoría:

- Nombre de los proyectos
- Hallazgos
- Conclusión por proyectos
- Resultado del análisis de informes de auditoría interna, externa y del cumplimiento de las recomendaciones.
- Recomendaciones
- Anexos

6.3.7 Carta de Salvaguarda

Antes que el equipo de auditoría se retire de la entidad, el Supervisor y Jefe de Equipo, deberán obtener la carta de salvaguarda, relacionada con la gestión administrativa, financiera y operativa, suscrita por el Titular de la Entidad o funcionario a quien él designe.

6.4 Fase de Informe

Las Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte, en lo referente al informe y comunicación de resultados de la auditoría operacional o de gestión, establecen lo siguiente: “El equipo de auditoría gubernamental deberá preparar, editar y entregar un informe final de auditoría operacional, el cual debe ser oportuno, completo, exacto, objetivo y convincente. Asimismo el informe debe ser claro y conciso para que sea comprensible para los interesados, principalmente para aquellos que deben tomar decisiones respecto de las recomendaciones emitidas.

1. El informe final debe ser elaborado una vez que el Comité Técnico de Auditoría y los funcionarios de la entidad auditada hayan hecho las observaciones correspondientes.

2. Los informes de las auditorías operacionales o de gestión, serán dirigidos a la máxima autoridad de la entidad auditada y deben incluir, al menos:
 - a) Resumen ejecutivo

 - b) Informe de auditoría operacional o de gestión
 - Principales realizaciones y/o logros
 - Resultados de la auditoría (Desarrollo de los Proyectos de Auditoría, incluyendo todos los atributos de los hallazgos)
 - Conclusión general
 - Párrafo aclaratorio

 - c) Fecha

La fecha del informe, será aquella cuando se suscribe, la cual debe contener día, mes y año.

 - d) Incluir la leyenda DIOS UNION LIBERTAD, excepto en los informes emitidos por las firmas privadas de auditoría.

 - e) Firma
 - El informe de la Corte, será firmado por el Director de Auditoría, o en su ausencia, por el Subdirector de Auditoría
 - El informe de las firmas privadas de auditoría, será suscrito por su representante legal

- El informe de las unidades de auditoría interna, será suscrito por el jefe de la unidad.

f) Identificación

El informe definitivo deberá ser presentado en papel membretado de la entidad o unidad interna.

3. Los auditores deben exponer los objetivos por los que se llevó a cabo la auditoría. Expresar claramente los fines del informe implica normalmente indicar el asunto materia de la auditoría y el aspecto del desempeño examinado y, puesto que los resultados de la auditoría dependen de sus objetivos, los hallazgos y las conclusiones a que se ha llegado.
4. En la sección del informe que se refiere al alcance se deberá indicar la profundidad y cobertura del trabajo que se haya realizado para cumplir los objetivos de auditoría. Los auditores deben, en la medida que sea aplicable, establecer la relación que existe entre la muestra revisada y el universo, identificar la entidad, ubicación geográfica, especificar los tipos y fuentes de evidencias utilizados y explicar los problemas relacionados con la calidad u otros problemas relacionados con la evidencia. Los auditores también deben incluir una referencia a las limitaciones impuestas al enfoque de auditoría debido a las limitaciones de la información o del alcance de la auditoría.
5. En la sección del informe referente a la metodología, se deben explicar claramente las técnicas que se han empleado para obtener y analizar la evidencia necesaria para cumplir con los objetivos de la auditoría. Esta explicación debe identificar cualquier supuesto significativo que se haya usado al ejecutar la auditoría; también debe describir las técnicas comparativas que se hayan aplicado, describir los criterios e indicadores que fueron utilizados.

6. Los auditores deben incluir en sus informes los logros y/o realizaciones importantes de la administración, especialmente cuando las medidas adoptadas para mejorar un área pueden aplicarse en otras; los logros importantes de la administración que se han constatado durante la auditoría, comprendidos en el alcance de la auditoría y necesarios para cumplir sus objetivos, deben mencionarse en el informe de auditoría, junto con las deficiencias detectadas. Esa información será necesaria para presentar objetivamente la situación que han observado los auditores y para que el informe tenga el debido equilibrio. Además, el hecho que el informe mencione los logros puede conducir a propiciar que otros organismos gubernamentales que lean el informe adopten medidas para mejorar su desempeño.
7. El informe deberá incluir conclusiones cuando lo requieran los objetivos de la auditoría. Las conclusiones son inferencias lógicas sobre el programa basadas en los hallazgos de los auditores. Las conclusiones deben formularse explícitamente y no ser deducidas por los lectores. La fuerza de las conclusiones de los auditores depende de lo persuasivo de la evidencia que sustenta los hallazgos y lo convincente de la lógica usada para formular las conclusiones.
8. Los auditores deben incluir en sus informes las recomendaciones con respecto a las medidas que se consideren apropiadas para corregir áreas problema y mejorar la operación.
9. Los auditores deben incluir en sus informes recomendaciones cuando, basados en los hallazgos correspondientes, se demuestre que existe la posibilidad de mejorar significativamente la operación y el desempeño. También deben formularse recomendaciones para que se cumpla con las leyes, reglamentos y demás disposiciones aplicables y se mejoren los controles de la administración cuando sean significativos los casos de incumplimiento y las deficiencias de control que se hayan observado.

10. Los informes que contienen recomendaciones constructivas pueden alentar la ejecución de mejoras en la conducción de los programas y actividades gubernamentales. Las recomendaciones son más constructivas cuando se encaminan a atacar las causas de los problemas observados, se refieren a acciones específicas y van dirigidas a quienes corresponde emprender esas acciones. Además, es necesario que las medidas que se recomiendan sean factibles y que su costo corresponda a los beneficios esperados.”

6.5 CASO PRÁCTICO.

6.5.1 Plan General de Auditoria

PLAN GENERAL DE AUDITORIA

**HOSPITAL NACIONAL DE
SANTA ROSA DE LIMA
DEPARTAMENTO DE LA UNION.**

ELABORADO POR: RIVERA LIZAMA & ASOCIADOS



FECHA DE EMISION: 01 DE JUNIO DE 2013

Índice de Plan de Auditoría

Introducción

- 1** Alcance
- 2** Objetivos Generales
- 3** Objetivos Específicos
- 4** Enfoque General
 - 4.1** Marco Jurídico Externo
 - 4.2** Marco Jurídico Interno
 - 4.3** Naturaleza y Conocimiento del Hospital y su Entorno
 - 4.3.1** Antecedentes
 - 4.3.2** Misión, Visión y valores Institucionales
 - 4.3.3** Objetivos Institucionales
 - 4.3.4** Finalidad y Propósito del Hospital
 - 4.3.5** Oferta de Servicios
 - 4.4** Análisis de las características de la organización
 - 4.4.1** Arquitectura organizacional
 - Estructura Organizacional.
 - 4.4.2** Procesos
 - Identificación de los principales procesos
 - Asignación y distribución de los recursos
 - 4.4.3** Áreas a Evaluar.
- 5** Resultados de la Auditoría
- 6** Fundamento de la Auditoría
- 7** Estructura de los Responsables de la Auditoría
 - Cronograma de Trabajo

Introducción

RIVERA LIZAMA & ASOCIADOS, basándose en los Arts. 30 numerales 4, 5 y 6 y Art. 31 de La Ley de la Corte de Cuentas de la República; se efectuará Auditoría de Gestión a la Institución de Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión.

Esta auditoría será desarrollada según las técnicas y procedimientos establecidos en las Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República, verificando el cumplimiento de leyes, decretos, reglamentos y otras disposiciones legales aplicables.

1 Alcance

Evaluar en forma integral la gestión administrativa y operativa del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, verificando, examinando y reportando sobre el cumplimiento de sus objetivos y metas, planes de desarrollo local e indicadores establecidos, su sistema de control interno, la conformidad legal sobre su función social y los derechos de los usuarios en la prestación del servicio.

Se evaluarán los Departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico del Hospital para verificar y reportar el cumplimiento que tienen con los objetivos propuestos en cada departamento, también se verificará la eficiencia y eficacia que tienen.

2 Objetivos Generales

Emitir una opinión con independencia acerca de la economía, eficiencia y eficacia en la gestión de las áreas a examinar dentro del Departamentos de

Recursos Humanos y Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión.

3 Objetivos Específico

- Examinar la existencia de un sistema integrado de control de resultados, que garanticen permanentemente el cumplimiento de las estrategias, objetivos y metas acordados en sus procesos administrativos.
- Verificar si la entidad ha involucrado dentro de su proceso administrativo, los elementos que conforman la arquitectura organizacional y si se cumplen de manera razonable dichos elementos, como son: la concepción filosófica de la entidad, Ideas rectoras (visión, misión, principios, valores y políticas), el desarrollo de teorías, métodos y herramientas, innovación en infraestructura y su estructura organizacional.
- Determinar la existencia de un proceso de planificación estratégica, coherente que permita establecer un adecuado Plan de trabajo, Resultados y sus componentes principales:

Departamento de Recursos Humanos

- Verificar si los empleados cuentan con un manual de funciones y descripción de puestos.
- Verificar si la ergonomía que utilizan los empleados es la idónea para desempeñar las funciones asignadas.
- Verificar el cumplimiento de leyes y regulaciones aplicables a los Recursos Humanos.

Departamento de Laboratorio Clínico

- Verificar si los insumos proporcionados al departamento cumplen con todas las normas de higiene y calidad.
- Verificar si el equipo utilizado para la realización de pruebas en el laboratorio están en perfectas condiciones.
- Verificar el cumplimiento de leyes y regulaciones aplicables al laboratorio clínico.

4 Enfoque General.

4.1 Marco Jurídico Externo

- Código De Salud, El Salvador 2012
- Ley Del Servicio Civil, El Salvador 2012
- Reglamento General De Hospitales Del Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, El Salvador 2012
- Ley De Asuetos, Vacaciones Y Licencias De Los Empleados Públicos, El Salvador 2012
- Junta De Vigilancia De La Profesión De Laboratorio Clínico, El Salvador 2012

4.2 Marco Jurídico Interno

- Manual de Organización y Funciones, Hospital Santa Rosa de Lima 2012
- Manual de Descripción de Puestos y Funciones de Recursos Humanos, Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.
- Reglamento Interno del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.
- Presupuesto Aprobado.
- Plan Anual de Trabajo.

4.3 Naturaleza y Conocimiento del Hospital y su Entorno

4.3.1 Antecedentes

En cuanto a asistencia en salud se refiere se da inicialmente en un puesto de salud ubicado en esquina opuesta al mercado municipal, en el año de 1950, con el aumento de la población la cual demandaba más y mejores servicio de salud en 1967 se fundó la unidad de salud ubicada sobre la calle ruta militar en el Barrio las Delicias.

Al analizar la demanda de usuarios que aumentaba el Ministerio de salud considero la apertura de un Centro de salud para ampliar los servicios de medicina curativa, preventiva, recuperación y rehabilitación en el año de 1979 se inicia la construcción del centro de salud inaugurado el 3 de Noviembre de 1980 y se apertura el 4 de Noviembre del mismo año.

Es hasta el día 5 de Enero de 1981 se da apertura el área Hospitalaria y el 10 de enero la apertura de la unidad de emergencia. El 22 de Octubre de 1991 se inaugura el servicio de fisioterapia.

En el año de 1995 se acredita como hospital amigos de los niños. En el año de 1997 el centro de salud pasa a ser nominado Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

En febrero del 2006 se separa el primer nivel de atención del hospital y pasa a las nuevas instalaciones de la Unidad de salud periférica.

Al momento es centro de referencia de 12 unidades de salud con sus ECOS Familiares y Especializados de la zona norte del SIBASI del departamento de La Unión.

4.3.2 *Misión, Visión y Valores Institucionales*

- *Misión*

Asegurar que la atención de los usuarios sea de manera eficiente, segura oportuna a sus necesidades, brindándose estos servicios de manera integral.

- *Visión*

Ser una institución que brinde servicios de salud basada en la atención de salud de las personas, alcanzando con ello la satisfacción del usuario que demande la atención en El Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

- *Valores Institucionales*

Los valores principales institucionales son:

- ✓ Integridad
- ✓ Eficiencia
- ✓ Precisión
- ✓ Ética profesional
- ✓ Universalidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Amabilidad

4.3.3 *Objetivos Institucionales*

- ✓ Brindar atención médica de segundo nivel a la población bajo nuestra responsabilidad y a la que lo solicite, manteniendo o mejorando los parámetros de calidad definidos por el Ministerio de Salud.
- ✓ Dirigir las acciones para el cumplimiento de objetivos y metas asignadas y brindar servicios con calidad, que satisfagan las expectativas de nuestros usuarios.
- ✓ Proporcionar atención medica integral de calidad a los usuarios que refieran a nuestro hospital las unidades de salud que integrar la red de servicios de la zona norte del SIBASI del departamento de La Unión, así como los cantones de Las Marías de Jocoro y El Bejucal (Trompina) de Sociedad, que por Accesibilidad geografía solicitan nuestros servicios; además a nuestros hermanos Hondureños y Nicaragüenses que consultan en el servicio de emergencia y especialidad de la consulta externa.
- ✓ Mantener un sistema integral de información que facilite la toma oportuna de decisiones.
- ✓ Desarrollar la formación de recursos humanos de manera sistemática que permita responder que permita responder adecuadamente a las exigencias del usuario, con énfasis en nuestro perfil epidemiológico.
- ✓ Promover la participación de equipos multidisciplinarios para la identificación y solución de los problemas de salud pública de nuestra área de influencia.

- ✓ Brindar apoyo técnico y de recursos, necesarios para la operación de las unidades, de atención directa al usuario de conformidad con los principios y lineamientos emanados por la Dirección Nacional de Hospitales y Dirección Regional de Salud de Oriente.
- ✓ Propiciar intercambio y aprovechamiento de recursos materiales y de infraestructura entre las unidades de salud de primer nivel de la zona y hospital, mejorando el sistema de referencia y retorno de la red de servicios.
- ✓ Propiciar el desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos de atención, como garantía de la calidad de los servicios brindados.
- ✓ Realizar el uso adecuado de los recursos asignados a la institución por parte del, ministerio de Salud, así como los que brindan otras fuentes de financiamiento o de ayuda externa.
- ✓ Institucionalizar un comité de la garantía de la calidad que vele por los derechos de los usuarios.

4.3.4 Finalidad y Propósito del Hospital

Restablecer y/o recuperar la salud del usuario ambulatorio y hospitalizado, haciendo uso de la tecnología científica comprobada, que represente el mínimo riesgo para el mismo y que permite incorporarse a la vida cotidiana, en base a nuestra capacidad instalada.

4.3.5 Oferta De Servicios

SERVICIO	ESPECIALIDAD	HORARIO DE ATENCION	DIAS DE ATENCION
CONSULTA EXTERNA	Medicina Interna	7:00 a.m. - 3:00 p.m.	Lunes a Viernes
	Cirugía General	7:00 a.m. -10:00 a.m. L:00 p.m -3:00 p.m	Lunes a Viernes
	Ginecología	9:30 a.m. - 12:00 m.d.	Lunes a Viernes
	Obstetricia	9:30 a.m. - 12:00 m.d.	Lunes a Viernes
	Planificación Familiar	7:00 a.m. - 9:00 a.m.	Lunes a Viernes
	Pediatría	7:30 a.m. - 3:30 p.m.	Lunes a Viernes
	Ortopedia	9:00 a.m. - 12:00 p.m. 7:00 a.m. - 9:00 a.m.	Miércoles Viernes
	Urología*	7:30 a.m. - 9:30 a.m.	Jueves

SERVICIO	ESPECIALIDAD	HORARIO DE ATENCION	DIAS DE ATENCION
Hospitalización	Medicina Interna	24 hora	365 días del año
	Cirugía General		
	Ginecología		
	Obstetricia		
	Pediatría		

SERVICIO	ESPECIALIDAD	HORARIO DE ATENCION	DIAS DE ATENCION
EMERGENCIA	Medicina Interna	9:00 a.m. - 3:00 p.m.	Lunes a Viernes
	Cirugía General	7:00 a.m. -9:00 p.m. 7:00 p.m - 7:00 p.m. 7:00 p.m - 5:00 p.m.	Lunes a Viernes Sábado Domingo
	Ginecología Obstetricia	24 horas	365 días del año
	Pediatría	24 horas	365 días del año
	Ortopedia	7:00 a.m. - 1:00 a.m.	Lunes, Martes y Jueves

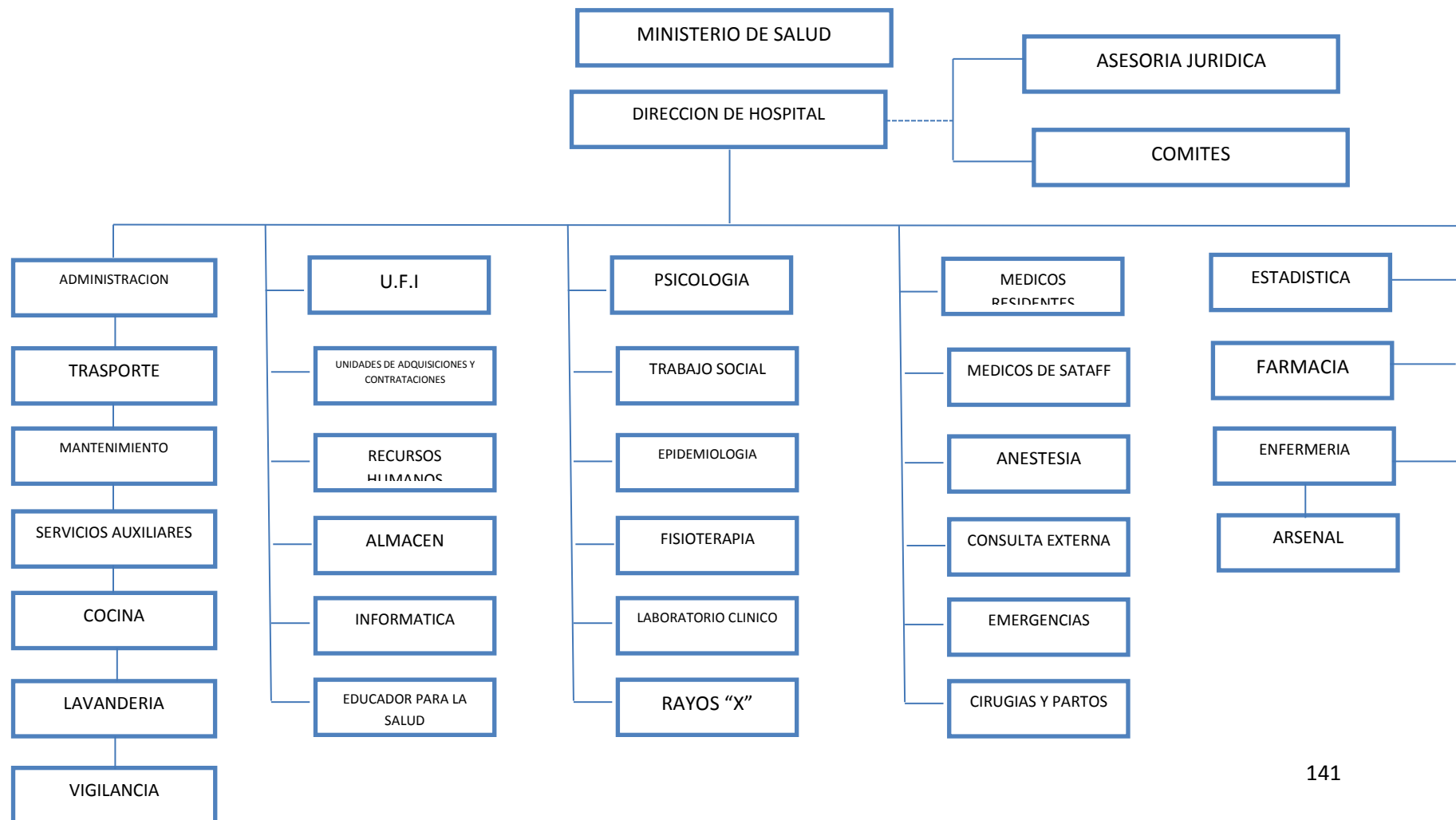
URGENCIAS	Atención de máxima pediátrica	24 horas	365 días del año
	Atención de máxima adultos		
	Terapia respiratoria	24 horas	365 días del año
	Rehidratación oral	24 horas	365 días del año
	Pequeña cirugía	24 horas	365 días del año
	Ortopedia cerrada	24 horas	365 días del año
	Séptica	24 horas	365 días del año
	Observación	24 horas	365 días del año

SERVICIO	ESPECIALIDAD	HORARIO DE ATENCION	DIAS DE ATENCION
CONSULTA EXTERNA	Fisioterapia	7:00 a.m. - 3:00 p.m.	Lunes a Viernes
	Psicología	7:00 a.m. -3:00 p.m	Lunes a Viernes
	Electrocardiograma	10:00 a.m. - 12:00 m.d. 1:00 p.m – 2:00 p.m.	Lunes a Viernes
	Ultrasonografía	6:30 a.m. - 12:00 m.d.	Lunes a Viernes
	Colposcopia	9:30 a.m. - 12:30 a.m.	Lunes a Viernes
	Laboratorio Clínico	24 horas	365 días del año
	Radiología	24 horas	365 días del año
	Farmacia	24 horas	365 días del año

4.4 Análisis de las características de la organización

4.4.1 Arquitectura organizacional

- Estructura Organizacional.



4.4.2 *Procesos*

- Identificación de los principales procesos
 - Consulta externa
 - Hospitalización
 - Emergencias
 - Urgencias
 - Servicios de apoyo

- Asignación y distribución de los recursos
 - Consulta externa
 - Medicina interna
 - Cirugía general
 - Ginecología
 - Obstetricia
 - Planificación familiar
 - Pediatría
 - Ortopedia
 - Urología

 - Hospitalización
 - Medicina interna
 - Cirugía general
 - Ginecología
 - Obstetricia
 - Pediatría

 - Emergencias
 - Medicina interna
 - Cirugía general

- Ginecología obstetricia
- Pediatría
- Ortopedia

- Urgencias
 - Atención de máxima pediatría
 - Atención de máxima adultos
 - Terapia respiratoria
 - Rehidratación oral
 - Pequeña cirugía
 - Ortopedia cerrada
 - Séptica
 - Observación

- Servicios de apoyo
 - Fisioterapia
 - Psicología
 - Electrocardiograma
 - Ultrasonografía
 - Colposcopia
 - Laboratorio clínico
 - Radiología
 - Farmacia
 - Alimentación y dietas

4.4.3 Áreas a Evaluar.

- Departamento de Recursos Humanos
 - Reclutamiento y selección
 - Contratación e inducción
 - Entrenamiento y capacitación
 - Evaluación de desempeño
 - Retribuciones y prestaciones

- Departamento de Laboratorio Clínico
 - Sala de Espera de Público
 - Oficina Administrativa y Recepción
 - Cubículo de Toma de Muestras
 - Almacén
 - Secciones de Laboratorio
 - Hematología
 - Química Clínica
 - Microbiología

5. Resultados de la Auditoría

Proveer al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima de un Informe de Auditoría, que permita:

- Retroalimentar al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima en forma oportuna para que se corrijan y tomen las decisiones sobre su direccionamiento.
- Establecer las causas de desviación o del incumplimiento de los planes de operación y recomendar alternativas de solución.

- Determinar el estado global de la institución, especialmente los departamentos de Recurso Humano y Laboratorio Clínico, las debilidades y fortalezas, la formulación de recomendaciones concretas, que a corto, mediano y largo plazo permitan mejorar y fortalecer su gestión y asegurar la transparencia, objetividad e independencia del proceso dentro de un marco de costo beneficio para la auditoría practicada.

6. Fundamento de la Auditoria

La auditoría se ejecutará según lo establecido en las Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República

7. Estructura de los Responsables de la Auditoria

- SOCIO: Maritza Aracely Rivera Rivera
- GERENTE GENERAL: Elizabeth Lizama Campos
- AUDITOR SENIOR: Yesenia Yanira Romero Molina

Cronograma de Trabajo

<i>Actividades</i>	<i>Socio</i>	<i>Gerente</i>	<i>Sénior</i>	<i>Total Horas</i>
Preparación del Memorando de planeación	10	4	2	16
Revisión y autorización de la planificación	1	3	2	6
Desarrollo de la auditoría a lo largo del período	80	40	20	140
Revisión de PT'S	30	16	10	56
Elaboración y revisión informes	16	15	25	56
Revisión y firma del informe final	1	3	3	7
Lectura y discusión del informe con el cliente	1	4	4	9
Total	139	85	66	290

6.5.2 CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO



AUDITORIA DE GESTION

CUESTIONARIO DE ANALISIS PRELIMINAR DE CONTROL INTERNO

INSTITUCION: HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

DEPARTAMENTO: LABORATORIO CLINICO

ELABORADO POR:

FECHA: 08/07/12

PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. Cuenta con un Manual de Calidad en Laboratorio Clínico.	X			
2. Existe un Comité de Calidad.		X		
3. Existe una persona encargada del control de calidad en el Laboratorio.		X		
4. Tiene experiencia y formación en gestión de calidad el encargado de control de calidad.			X	
5. El responsable del control de calidad tiene motivado al personal sobre la gestión de calidad.			X	
6. Cuenta con organigrama en el Laboratorio Clínico que describan claramente los puestos y responsabilidades.		X		
7. Cuenta con un instructivo la gestión de formación del personal.	X			
8. Existe un expediente profesional de cada miembro del personal.	X			
9. Dichos expedientes tienen todos los documentos obligatorios (responsabilidades y puestos en el organigrama, historia profesional, diplomas, certificados de	X			

formación, calidad para las funciones y tareas que realiza, vacunaciones obligatorias, etc.).

10. Hay un procedimiento de gestión del personal en el que se contemplan las situaciones, turnos y guardias. X

11. Hay instrucciones con los criterios de selección y contratación del personal del Laboratorio Clínico. X

CUALIFICACION Y FORMACION

1. Las personas con responsabilidades científicas y técnicas tienen las titulaciones que exige la legislación vigente. X

2. Es adecuada la formación técnico-científicas y experiencia del personal para las tareas que tienen asignadas. X

3. Hay un plan de formación interna y externa del personal. X

4. Se evalúa la formación del personal y se registran sus evaluaciones y resultados. X

5. Cada equipo tiene una etiqueta con su estado de uso (en uso, en uso con limitaciones o fuera de usos) en un lugar bien visible. X

6. Los equipos están en buen estado según la frecuencia de acciones correctivas registradas. X

7. Los equipos definitivamente fuera de servicio son retirados de la zona de trabajo. X

8. Los procedimientos de conservación, mantenimiento y limpieza son bien X

conocidos y aplicados.

EQUIPOS AUXILIARES Y OTROS MATERIALES.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Poseen lista de equipos y fecha de cuando se pone en servicio. | X | |
| 2. Registros de mantenimiento de los equipos. | | X |
| 3. Se respetan las normas de seguridad y de prevención de riesgos para el personal. | X | |
| 4. Se emplea material desechable de un solo uso. | X | |
| 5. Se puede asegurar la estabilidad de las etiquetas de las muestras de los escritos en ella y su adherencia irreversible al recipiente. | X | |

PREPARACION Y ENVIO DE MUESTRAS

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Existen procedimientos de preparación y envió de las muestras al Laboratorio desde los puntos de obtención. | X | |
| 2. Estan documentadas las muestras y respetan las condiciones y tiempos máximos de envió. | X | |
| 3. Se asegura la trazabilidad de las muestras y volantes de petición analíticas enviadas al Laboratorio. | X | |
| 4. Es eficaz la gestión de muestras de manera que se pueda asegurar la integridad de los constituyentes o propiedades a analizar. | X | |

RECEPCION Y CONTROL DE LAS MUESTRAS Y PETICIONES ANALITICAS.

- | | | |
|---|---|--|
| 1. Existe un procedimiento de recepción y | X | |
|---|---|--|

registro de las muestras en el Laboratorio.

- | | |
|--|---|
| 2. Cuentan con una lista de tipos de muestras y puestos de destino de las muestras. | X |
| 3. Existe conformidad con los plazos y condiciones de envío de las muestras. | X |
| 4. Es eficaz, sencillo y seguro el proceso de preparación y distribución de muestras. | X |
| 5. se usan contenedores diferenciados, de calidad satisfactoria y capacidad suficiente. | X |
| 6. Es adecuada la zona usada para el almacenamiento provisional y acondicionamiento de los residuos. | X |
| 7. Existen registros de eliminación por tipos de residuos. | X |

CONTROL INTERNO DE LA CALIDAD ANALITICA.

- | | |
|--|---|
| 1. Existe un programa general de control interno de calidad. | X |
| 2. Existen fichas de inventarios de los materiales para su control (identificación, fabricante, marca, lote, uso, caducidad, proveedor, etc.). | X |
| 3. Los activos utilizados son de la calidad requerida. | X |
| 4. Existe un control de almacenaje de los equipos y materiales utilizados. | X |
| 5. Se le informa al personal de las condiciones de almacenaje, medidas preventivas, instrucciones en caso de incidente, etc. | X |



AUDITORIA DE GESTION

CUESTIONARIO DE ANALISIS PRELIMINAR DE CONTROL INTERNO

INSTITUCION: HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

DEPARTAMENTO: RECURSOS HUMANOS.

ELABORADO POR:

FECHA: 08/07/12

PREGUNTAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
AMBIENTE DE CONTROL				
1. Posee el Hospital un organigrama actualizado de la estructura operativa de la institución.	X			
2. Estan definidos los diferentes niveles de autoridad en el Hospital.	X			
3. El personal del Hospital conoce y tiene por escrito el reglamento interno, manuales de procedimientos, políticas, que consideren los niveles esperados de comportamiento ético, moral y de cumplimiento.	X			
4. A los empleados se les informa apropiadamente sobre que comportamiento es aceptable o inaceptable y qué hacer si se encuentran con un comportamiento indebido.	X			
5. Se les proporciona al personal las oportunas capacitaciones que ayuden a mejorar el nivel de	X			

conducta y desempeño.

VALORACION DE RIEGOS

1. Se les transmite al personal los objetivos globales establecidos para cada departamento. X
2. Se está dando cumplimiento a transmitir los controles internos de forma escrita a los jefes y estos al personal a su cargo. X
3. Considera que el logro de un objetivo específico de los controles internos de prevención de riesgos conduce al logro de un objetivo general de la administración. X

ACTIVIDADES DE CONTROL.

1. conocen los empleados la importancia del control en las actividades que realizan. X
2. Entre los empleados que diseñan los procedimientos de control relacionados con la administración del recurso humano y quienes evalúan su cumplimiento existe una adecuada segregación de las funciones mencionadas. X
3. Se realiza el análisis oportuno de la información relacionada con la administración de recurso humano y se le informa de dicho análisis. X
4. Con el objetivo de garantizar su correcto funcionamiento, está siendo controlada X

constantemente la eficiencia de los procedimientos de control interno.

5. El departamento de recurso humano está diseñando y evaluando los procedimientos o manual de seguridad adecuados sobre la salud e higiene laboral, para proteger la vida, la salud y la integridad personal de los trabajadores del Hospital en especial lo relacionado a:
- a) Suministro, uso y mantenimiento de equipos de protección personal. X
 - b) A las edificaciones, instalaciones y condición ambiental al interior del Hospital. X
 - c) A la colocación, resguardo y mantenimiento de señales que proporcionen protección o prevengan de los peligros provenientes de la maquinas. X

INFORMACION Y COMUNICACIÓN.

1. Está disponible la información sobre los controles internos en tiempo oportuno para permitir el control efectivo de los acontecimientos y actividades. X
2. El departamento de recurso humano esta identificando y presentando a la administración la información generada en fechas establecidas sobre las actividades realizadas en cada etapa de la administración de recurso humano. X

- | | |
|--|---|
| 3. Se comunica al personal las políticas y procedimientos establecidos. | X |
| 4. Utilizan los medios adecuados para comunicar al personal las políticas y procedimientos del Hospital. | X |
| 5. Los procedimientos de comunicación que utiliza el departamento de recurso humano son los suficientes para dar a conocer la información relativa a las etapas. | X |

MONITOREO

- | | |
|---|---|
| 1. Se elaboran comparaciones mensuales entre lo que se esperaba de los controles internos de la administración de recurso humano y los resultados obtenidos en las evaluaciones efectuada. | X |
| 2. La gerencia de recurso humano afecta evaluaciones a su personal para verificar que estos cumplan sus actividades de acuerdo a lo establecido en el manual de puestos. | X |
| 3. Se emiten periódicamente reportes sobre nuevos potenciales de riesgos laborales. | X |
| 4. La gerencia de recurso humano verifica que los expedientes sobre accidentes laborales o desviaciones sobre controles internos de higiene y salud se encuentran archivados por la persona asignada para ello. | X |

6.5.3 INDICADORES DE GESTIÓN

INDICADORES DE GESTION PARA EL DEPARTAMENTO DE RECURSO HUMANO

Indicadores de Eficacia:

- ✓ Números de personal capacitado.
- ✓ Eficacia de la selección de personal
- ✓ Promedio de Antigüedad Laboral.

Indicadores de eficiencia:

- ✓ Número de horas de ausentismo.
- ✓ Evaluación del Personal.

Indicadores de Economía:

- ✓ Costo de la capacitación al personal.

INDICADORES DE GESTION DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO.

Indicadores de Eficacia:

- ✓ Frecuencia con que capacitan el personal del laboratorio clínico, para la utilización de los equipos.
- ✓ Satisfacción del usuario de los servicios prestados por el personal.

Indicadores de eficiencia:

- ✓ Grado de aprovechamiento de los recursos.
- ✓ Tiempo promedio de espera para la toma de muestras a pacientes de consulta externa.
- ✓ Porcentaje de muestras que se toman en un día.
- ✓ Rendimiento Examen- Hora (Conocer el Promedio de Exámenes tomados por Hora en un Periodo).

Indicadores de Economía:

- ✓ Porcentaje con que utilizan los materiales no desechables en Laboratorio Clínico.
- ✓ Costo promedio de cada examen.
- ✓ Número de Exámenes por Orden de Consulta Externa (Conocer en Promedio cuantos Exámenes Solicitados por Orden de Consulta Externa).

6.5.4 INDICE DE REFERENCIA PAPELES DE TRABAJO

RH 1: Recursos Humanos Narrativa de Diseño de Puestos

RH 1-1: Recursos Humanos Analítica de Diseño de Puestos

RH 1-2: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Reclutamiento

RH 1-3: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Selección

RH 2: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Contratación

RH 2-1: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Inducción

RH 3: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Capacitación del Personal

RH 4: Rsos. Humanos Narrativa del Programa de Mecanismo de Medición de Desempeño

RH 5: Rsos. Humanos Narrativa del Programa de Política Salarial y Horas Extras

RH 5-1: Rsos. Hunos Analítica del Programa de Política Salarial y Horas Extras

RH 5-2: Recursos Humanos Narrativa del Programa de Prestaciones Laborales

RH 5-3: Recursos Humanos Analítica del Programa de Prestaciones Laborales

RH 6: Narrativa de Tabulación de Usuarios Recursos Humanos

LC 1: Narrativa de Tabulación de Usuarios Laboratorio Clínico

LC 2: Lab. Clínico Narrativa de Ordenes de Muestras de Consulta Externa

LC 3: Lab. Clínico Narrativa de Procedimiento de Preparación y Envío de Muestras

LC3-1: Lab. Clínico Narrativa sobre la Separación de Muestras y Tiempo de Envío.

LC 4: Lab. Clínico Narrativa del Programa de Control de Calidad del Almacén

LC4-1: Lab. Clínico Narrativa del Mantenimiento Preventivo que tiene el Personal

LC 5: Lab. Clínico Narrativa de las Pruebas que se realizan en Hematología, Química Clínica y Microbiología.

6.5.5 Marca Auditoría de Gestión



Proporcionado por jefe departamento



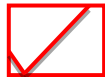
Proporcionado por Administrador General



Proporcionado por empleado



Verificado por Proceso de Inventario



Proceso Observado



Cotejado contra registro de control



Obtenido por fuente externa



Control de Calidad

6.5.6 Programas de Auditoría

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: RECURSOS HUMANOS

SECCION: RECLUTAMIENTO Y SELECCION

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Verificar que el proceso actual de reclutamiento atrae suficientes candidatos potenciales calificados y capaces de ocupar cargos en la empresa.
2. Examinar el cumplimiento y funcionalidad de las políticas actuales de reclutamiento y selección de recursos humanos.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>RH 1</u>	<i>Diseño de Cargos</i> 1. Mediante entrevista indagar si se elaboran perfiles para el reclutamiento de personal a contratar.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-1</u>	2. Solicitar y revisar descripciones de puestos por nivel funcional dentro del Hospital, luego analice y determine si contiene al menos los siguientes elementos: a. Descripción general del puesto b. Requisitos intelectuales del	Y.Y.R.M	M.A.R.R

	<p>puesto</p> <p>c. Requisitos físicos del puesto (Cuando fuere aplicable)</p> <p>d. Condiciones de trabajo Realiza cedula analítica.</p>		
<u>RH 1</u>	<p>3. Determinar mediante cuestionarios cuál es el método que se utiliza para efectuar el análisis de puestos de trabajo. Realizar cedula narrativa</p>	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	<p>4. Verificar la existencia de descripciones de puestos en los casos siguientes:</p> <p>a. Creación de nuevos puestos donde haya obtenido una descripción preliminar.</p> <p>b. Cambios en el perfil del puesto (actualizaciones)</p> <p>c. Últimos cambios organizacionales. Realizar cedula analítica</p>	_____.	_____.
<u>RH 1</u>	<p>5. Indagar si las necesidades de recursos humanos se incluyen en presupuesto anual de operaciones. Realizar cedula narrativa</p>	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	<p><i>Reclutamiento:</i></p>		
<u>RH1-2</u>	<p>1. Verifique si el reclutamiento de personal se realiza de acuerdo a los perfiles establecidos. Realizar cedula narrativa</p>	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	<p>2. Evaluar si el personal existente en cada área de la institución es adecuado y suficiente a las necesidades funcionales del Hospital, para ello se necesita:</p> <p>a. Solicitar descripciones de puesto de cada empleado y agruparlas por área.</p> <p>b. Indagar en cada área de trabajo las tareas y funciones de los</p>	_____.	_____.

	empleados.		
	c. Comparar las funciones actualmente desarrolladas por cada empleado con las especificadas en la descripción de puestos correspondiente.		
	d. Concluya si los empleados tienen sobrecarga de trabajo. Realizar cedula analítica		
<u>RH1-2</u>	3. Verificar los tipos o medios de reclutamiento utilizados por el Hospital. Realizar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-2</u>	4. Indague cual es el rol del departamento de recursos humanos en materia de reclutamiento de personal y como se lleva a cabo la coordinación con los demás departamentos. Elaborar cedula Narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>_____</u>	5. Compruebe si existen procedimientos para el proceso de reclutamiento de personal. Elaborar Cedula narrativa	_____.	_____.
<u>RH1-2</u>	6. Indague si posee una base de datos que contenga currículos actualizados y verificar si están clasificados por cargos o área de actividad. Elaborar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-2</u>	7. Verificar si el Hospital posee formato de solicitud de empleo.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-2</u>	8. Indagar con la Jefa de recursos humanos si el Hospital recibe curriculum de persona que se presente espontáneamente, aunque no tengan oportunidades que ofrecer empleos en ese momento. Y verificar si hay expedientes específicos sobre estas solicitudes. Elaborar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R

	9. Indagar si existen políticas específicas de reclutamiento (ejemplo número de empleados por departamento). Elaborar cedula narrativa.	_____.	_____.
	Selección:		
<u>RH1-3</u>	1. Conozca sobre quien recae la responsabilidad del proceso de selección del personal.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-3</u>	2. Indague si existe un manual de descripción de puestos y si éste contiene los requisitos exigidos para cada puesto de trabajo creado en el hospital, y ver si sirve de base para la medición del desempeño.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-3</u>	3. Verificar que el personal actual del Hospital cumple con los requisitos exigidos por el Manual de Descripción de Puestos. Elaborar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-3</u>	4. Verificar que durante el proceso de selección se proceda al desarrollo de pruebas psicotécnicas. Elaborar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH1-3</u>	5. Verificar que se desarrollen entrevistas preliminares de selección, y si existe una guía estructurada para la misma. Elaborar cedula narrativa	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	6. Indagar si se exigen requisitos adicionales a los candidatos como: exámenes médicos, referencias laborales y/o personales elaborar cedula narrativa	_____.	_____.
	7. Indagar si se realiza un proceso de verificación de referencias de los candidatos, especialmente las laborales y como se registra (documento formatos de verificación y comprobar que si se anexan a los expedientes en cada contratación)	_____.	_____.

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: RECURSOS HUMANOS

SECCION: CONTRATACION E INDUCCION

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Determinar si el proceso de contratación es resultante de un proceso técnico de selección y cumple con los requisitos establecidos en las políticas.
2. Verificar si existe un proceso de inducción para las nuevas contrataciones y si el proceso de adaptación del nuevo personal a su puesto de trabajo se lleva a cabo de acuerdo a las políticas, en un tiempo prudencial y al mismo tiempo si es efectivo.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
	<i>Contratación:</i>		
<u>RH 2</u>	1. Verificar sobre quién recae la decisión final de la contratación y que factores son los más determinantes para esa acción. Realizar cedula narrativa.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 2</u>	2. Compruebe si el personal contratado ha sido sometido a evaluaciones de sus conocimientos, experiencia, personalidad y habilidades. Realizar cedula narrativa.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	3. En el caso de realizarse el proceso de reclutamiento mediante el departamento de		

	<p>recursos humanos solicitar expedientes de empleados reclutados y seleccionados durante el último año, verificando y examinando que exista evidencia de los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Que los aspirantes llenan una solicitud de empleo que consigne sus datos personales y los relativos a su especialización, nivel académico, experiencia y referencias de trabajo. Que el departamento de recursos humanos verifica que el currículum vitae o solicitud de empleo contenga requisitos básicos del candidato. Se verifican los datos de la solicitud y referencias de empleos anteriores. En las entrevistas realizadas en cada etapa del reclutamiento y selección, el entrevistador llena una guía de entrevista con la evaluación y comentarios sobre el candidato. En los expedientes de los competidores existe evidencia de las causas por las que el departamento de recursos humanos no eligió a esos candidatos. 		
<u>RH 2</u>	4. Indagar que cada trabajador cuente con su expediente laboral debidamente actualizado que el expediente contenga exámenes médicos y las pruebas de conocimiento y de aptitudes (psicométricas) realizadas al personal seleccionado. Seleccione algunos empleados de la nómina y solicite su expediente de contratación.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 6</u>	5. Indagar mediante cuestionarios si cada uno de los empleados de la institución conoce las funciones y responsabilidades que se encuentra en su descripción de puestos.	E.L.C	M.A.R.R
	6. Compruebe que los expedientes de contratación del personal están debidamente archivados.		

<u>RH 2</u>	7. Verificar si se encuentran los contratos de trabajo debidamente firmados.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 2</u>	8. Verifique si se pagan los aguinaldos de acuerdo a lo establecido por la ley y si el pago se efectúa en el tiempo estipulado por la misma.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
	Inducción:		
<u> </u>	1. Seleccionar una muestra de doce empleados de diferentes áreas o departamentos y llevar a cabo una encuesta que contenga preguntas como <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Recibió entrenamiento dentro de la empresa? b. ¿Considera que la parte de entrenamiento le dejó un aprendizaje que a la fecha en sus labores ha tenido éxito? 	<u> </u>	<u> </u>
<u>N-PI</u>	2. Conocer si existen manuales o folletos que guíen al nuevo empleado en su proceso de inducción (Ejemplo: manuales de bienvenida, descripción de puestos, reglamento interno, entre otros)	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH2-1</u>	3. Indague si durante el proceso existe algún tipo de inducción teórica o práctica en el puesto de trabajo; si es evaluado al final de dicho proceso y si durante la inducción el nuevo empleado realiza un recorrido por el Hospital.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH2-1</u>	4. Verificar si el proceso de inducción queda documentado.	Y.Y.R.M	M.A.R.R.
<u> </u>	5. Investigue si se realiza un proceso evacuatorio del proceso de inducción y si en él participa tanto el jefe inmediato como el nuevo empleado.	<u> </u>	<u> </u>

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: RECURSOS HUMANOS

SECCION: ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Conocer si existen programas de entrenamiento y capacitación para los empleados.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
	Entrenamiento y Capacitación		
	1. Verificar la existencia de los planes de capacitación en las políticas del Hospital y si existen manuales, mecanismos o procedimientos para realizar sus funciones.	_____	_____
<u>RH 3</u>	2. Identificar quien es el responsable de coordinar los programas de entrenamiento para el personal. Tomar una muestra de 5 empleados e indagar si han recibido capacitaciones últimamente, y si aprendió de esas capacitaciones.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 3</u>	3. Conozca cual es el mecanismo de medición para detectar las necesidades de un programa de	Y.Y.R.M	M.A.R.R

capacitación en el personal.

RH 3

4. Indague con la Jefa de recursos humanos y la Administración General si: **Y.Y.R.M** **M.A.R.R**
- a) ¿Se cuenta con un porcentaje de presupuesto dedicado a la capacitación del personal del Hospital?
 - b) ¿Se planifican las necesidades de capacitación del personal?
 - c) Si se contrata proveedores de cursos de capacitación, solicitar las cotizaciones para comprobar la ejecución del mismo a la fecha
 - d) ¿Se evalúan los objetivos, contenido y principios de aprendizaje al diseñar y preparar un programa de capacitación?
 - e) ¿Cómo determina los buenos o malos resultados del proceso de capacitación de los empleados?

RH 3

5. Verifique si existe un nivel de retroalimentación sobre la capacitación o entrenamiento recibido por parte de los empleados. **Y.Y.R.M** **M.A.R.R**

_____ 6. Conocer si el hospital fomenta en el empleado el autodesarrollo. _____.

_____ 7. Verificar si se han realizado ascensos durante el último año y si se les dio capacitaciones a los empleados ascendidos. _____.

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: RECURSOS HUMANOS

SECCION: EVALUACION DE DESEMPEÑO.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Determinar si tanto al Hospital como los empleados están satisfechos con el sistema de evaluación de desempeño y si se aplica de acuerdo a los procedimientos establecidos

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>RH 4</u>	<ol style="list-style-type: none">1. Elabore un cuestionario dirigido a la Jefa de Recursos humano que contenga al menos las siguientes preguntas.<ol style="list-style-type: none">a) ¿Existe en el Hospital un mecanismo de medición de desempeño y como se aplica?b) ¿El Hospital está satisfecho con el actual sistema de evaluación de personal?c) ¿Cuál es el propósito de evaluar el desempeño de los empleados?d) ¿Qué se hace con los empleados de bajo rendimiento, en un período de evaluación?	Y.Y.R.M	M.A.R.R

	<p>2. Seleccione una muestra representativa que no sea inferior al 10% del universo de empleados, luego realice una entrevista que contenga al menos los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué aspectos considera deben incluirse en la evaluación del desempeño? b) ¿Los resultados de la evaluación del desempeño son discutidos con usted? c) ¿Ha obtenido beneficios de la evaluación del desempeño? d) ¿Cuál es la frecuencia que cree debe aplicarse la evaluación del desempeño? e) ¿Considera que es útil la evaluación del desempeño? 	<p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>3. Es recomendable que antes de iniciar la entrevista el auditor explique al empleado, la confidencialidad de la información, a efecto de generar confianza en el entrevistado y evitar respuestas cerradas y sin ningún valor para la auditoría.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><u>RH 4</u></p>	<p>4. Indague si existen índices de eficiencia y estándares de desempeño para cada puesto de trabajo y quién es el encargado de su actualización.</p>	<p>Y.Y.R.M M.A.R.R</p>
<p><u>RH 4</u></p>	<p>5. Verificar que el sistema de evaluación del desempeño contenga al menos los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Criterios de evaluación inherentes a cada puesto de trabajo. b) Que empleados con tareas comunes se les evalúa 	<p>Y.Y.R.M M.A.R.R</p>

	<p>utilizando el mismo sistema de evaluación.</p> <p>c) Que los empleados se les permita apelar los resultados de la evaluación.</p> <p>d) Comprobar que dentro de las evaluaciones de desempeño se incluya aspectos referentes a la asistencia, puntualidad y permanencia en el lugar de trabajo.</p>		
<u>RH 4</u>	6. Indagar si las evaluaciones de desempeño son basadas en las funciones y responsabilidades descritas para cada puesto según el Manual de Descripción de puestos. (Cotejar al azar el formato de las evaluaciones con el Manual de Descripción de puestos, de no existir un formato pre elaborado indagar como se registra la evaluación)	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 4</u>	7. Verifique que el responsable de evaluar a cada empleado sea el jefe inmediato de este, y si no es él, ¿Quién es el encargado?	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 4</u>	8. Verificar en las planillas que porcentaje de descuentos corresponde por llegadas tardes o ausentismo en su puesto de trabajo.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 4</u>	9. Indagar si la asignación de nuevos salarios a los empleados dependen de los resultados obtenidos a través de las mediciones del desempeño a que han sido sometidos, si no es así cual es el mecanismo para otorgar aumentos de salarios	Y.Y.R.M	M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: RECURSO HUMANOS.

SECCION: RETRIBUCIONES Y PRESTACIONES SALARIALES

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Determinar si el hospital aplica una adecuada política salarial acorde a la ley de salarios, expectativa de los empleados y de acuerdo a los resultados de la evaluación del desempeño.
2. Verificar que exista un programa de prestaciones y servicios para el personal y que este se aplique equitativamente a todo el personal del hospital.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
	<i>Salario</i>		
<u>RH 5</u>	1. Indagar con la Jefatura de recursos humanos sobre lo siguiente: a) Como se determina la Política Salarial y en base a qué criterio se establece. b) Si es política del hospital reconocer la antigüedad, el mérito y el desempeño sobresaliente a través de la estructura de salarios.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>RH 5-1</u>	2. Coteje los puestos y los montos por salarios detallados en la planilla con los registros de personal. Verificar que	Y.Y.R.M	M.A.R.R

se incluyan las retenciones legales y los compromisos contraídos por el personal; cuya responsabilidad de pago recae en la Institución (Retención de Impuesto sobre la Renta, ISSS, AFP, pagos por horas extras, si existen), indagar cual es el sistema de registro de estas y si cumplen con lo estipulado en la ley de salario.

3. Verificar si se hizo la orden al banco para pagarles y si este coincide en planilla.

Prestaciones

RH 5-2

1. Indagar cuales son las prestaciones laborales a las que tienen derechos los empleados del Hospital y quien es el encargado de controlar toda la información relativa a los empleado.

Y.Y.R.M

M.A.R.R

RH 5-2

2. Verificar como se documentan las prestaciones laborales.

Y.Y.R.M

M.A.R.R

RH 5-3

3. Solicitar 3 vales de viáticos y verificar que: Tengan firma de Director General, Administrador General y Jefe de la UFI'S Jefe del departamento y empleado y que no se encuentren sucios ni con tachaduras o manchas de corrector

Y.Y.R.M

M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: SALA DE ESPERA DEL PUBLICO.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Obtener información de la duración del tiempo que se tienen los pacientes en sala de espera para la toma de sus muestras

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>LC 1</u>	1. Elaborar un cuestionario de satisfacción de usuario para conocer sobre la atención, y el tiempo de espera que el público se tarda en obtener los resultados. Tomar de muestra 10 pacientes.	E.L.C	M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: OFICINA ADMINISTRATIVA Y RECEPCION.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Verificar si reciben de los pacientes externos las órdenes de análisis formuladas por los médicos de la consulta externa.
2. Comprobar si a los pacientes externos se les otorgan las citas, con día y hora a que deben presentarse para su toma de muestras.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>LC 2</u>	1. Verificar si las ordenes enviadas por consulta externa se realizan.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 2</u>	2. Realizar cuestionario de satisfacción de usuario para los pacientes de consulta externa para comprobar si se está cumpliendo con las órdenes.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 2</u>	3. Verificar que tipo de formularios llevan, cuáles son los procedimientos a seguir y si estos son los adecuados para la toma de órdenes de consulta externa.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 2</u>	4. Verificar mediante observación si se les está otorgando a los pacientes externos las citas para la toma de muestras, estas deben de contener la fecha y hora en que serán atendidos para la toma de muestras.	Y.Y.R.M	M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: CUBICULO DE TOMA DE MUESTRA.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Verificar el procedimiento que se tiene para la obtención de muestras.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>LC 3</u>	1. Describir mediante cedula narrativa cual es el procedimientos de preparación y envío de muestras al laboratorio desde los puntos de obtención.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 3</u>	2. Verificar si las muestras están documentadas respectivamente y verificar si se respetan los tiempos máximos de envío.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 3-1</u>	3. Verificar mediante observación si las tomas son separadas adecuadamente para después ser trasladadas a cada área de estudio. Realizar cedula narrativa.	Y.Y.R.M	M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: ALMACEN.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Verificar el procedimiento que se tiene para el almacenamiento de los equipos y materiales.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>LC 4</u>	1. Verificar si existe un programa general de control de calidad con respecto al almacén.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 4</u>	2. Comprobar si existen fichas de inventarios de los materiales utilizados en el laboratorio, las cuales contengan (nombre del material, fabricante, marca, lote, uso, caducidad, proveedor. Etc.).	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 4-1</u>	3. Verificar mediante observación si existe un control en el almacenaje de los materiales utilizados. Realizar cedula narrativa.	Y.Y.R.M.	M.A.R.R
<u>LC 4.1</u>	4. Verificar si el personal tiene conocimiento de las medidas preventivas que se debe de tener a la hora de almacenar los materiales o equipos, para evitar un incidente.	Y.Y.R.M	M.A.R.R

PROGRAMAS DE AUDITORIA DE GESTIÓN

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PROGRAMA DE TRABAJO

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: SECCIONES DE LABORATORIO.

PERIODO: JUNIO A OCTUBRE /2013

OBJETIVOS:

1. Verificar el procedimiento que se tiene para la obtención de muestras en las diferentes secciones.

REF P/T	PROCEDIMIENTOS	HECHO POR	REVISADO POR
<u>LC 5</u>	1. Verificar mediante observación el método que se tiene para las pruebas Hematológicas.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 5</u>	2. Verificar mediante observación el método que se tiene para las pruebas de química clínica.	Y.Y.R.M	M.A.R.R
<u>LC 5</u>	3. Verificar mediante observación el método que se tiene para las pruebas microbiológicas.	Y,Y,R,M	M.A.R.R

6.5.7 PAPELES DE TRABAJO

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RECLUTAMIENTO Y SELECCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE DISEÑO DE PUESTOS.

Según la información obtenida mediante entrevista preliminar no se utiliza ningún método para el análisis de los puestos por que este ya viene implementado en el manual de descripción de puestos por ello la encargada de recursos no puede crear nuevos puestos.

Las necesidades que tiene el departamento de recursos humanos no son incluidas en el presupuesto anual, aunque este tenga la necesidad de implementar nuevos puestos de trabajo no puede porque ya son establecidas a nivel del Ministerio; por lo tanto tienen que guiarse según lo indicado en el Manual de Descripción de Puestos.

D



Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 1-1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

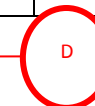
SECCION: RECLUTAMIENTO Y SELECCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: ANALITICA DEL PROGRAMA DE DISEÑO DE PUESTOS.

NOMBRE	CARGO	DESCRIPCION GENERAL DEL PUESTO		REQUISITOS INTELLECTUALES DEL PUESTO		REQUISITOS FISICOS DEL PUESTO		CONDICIONES DE TRABAJO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Carlos Ernesto López	Auxiliar Administrativo	X		X				X	
Aurora Azucena Beltrán	Secretaria I	X		X				X	
Jacqueline Yaneth Salazar	Secretaria Ejecutiva	X		X				X	
José Figueroa Martínez	Administrador de Centro de Salud	X		X				X	

Anexo nº 1



ANEXO N° 1 Manual de Descripción de Puestos

CODIGO: 0001

AUXILIAR ADMINISTRATIVO I

NATURALEZA DEL TRABAJO

Ejecución de tareas variadas de apoyo administrativo o diferentes niveles de la organización.

AREAS Y RESPONSABILIDADES

Elaborar trabajos mecanográficos.
Manejar archivo.
Recolectar informes y datos.
Recibir y distribuir la correspondencia.
Brindar atención al público
Colaborar en la ejecución de otras tareas que le asignen de similar grado de dificultad.

RACTERISTICAS DE LA CLASE

Supervisión ejercida:
No tiene subalternos.

Supervisión recibida:
Del Jefe inmediato a través de observación directa y apreciación de resultados obtenidos.

Relaciones interpersonales:
Se producen con los compañeros de trabajo y público en general.

Consecuencias del error:
Puede producir atrasos en los trámites administrativos, s
corregibles con facilidad.

REQUISITOS

Bachiller en Comercio y Administración
1 año de experiencia en el área
Habilidades en relaciones interpersonales

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RECLUTAMIENTO Y SELECCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE RECLUTAMIENTO.

REF:	RH 1-2
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

El reclutamiento del personal es realizado de acuerdo a los perfiles establecidos por el Ministerio de Salud. En el hospital se realizan dos tipos de reclutamiento el Interno que está a cargo de la Jefa de Recursos Humanos y el Externo que es responsabilidad del Comité de la Institución; estos realizan entrevistas para conocer si el personal es el idóneo para el puesto solicitado.

La coordinación para el proceso de reclutamiento del personal para el hospital está a cargo del Departamento de Recursos Humanos, también en este proceso de selección participa el Jefe de cada Departamento con el propósito de que la selección sea la adecuada y corresponda al perfil o los requisitos que necesita cada departamento.

El Departamento de Recursos Humanos lleva un Sistema de actualización de datos del personal en donde introducen los datos más importantes como el nombre, la dirección, teléfono, etc.; realizándolo por la especialidad o puesto que tienen.

El Hospital cuenta con un formato de solicitud de empleo pero este no es utilizado cuando el personal llega a solicitar empleo sino que primero entrega



el curriculum, luego si es llamado realiza la entrevista, y si es apto para el puesto, le delegan el trabajo y es ahí cuando le dan la solicitud de empleo para que la llene y quede en su expediente.

El departamento de recursos humanos se encarga de recibir curriculum a personas interesadas en trabajar en el Hospital aunque estas no tengan plazas vacantes explicándole esto a los solicitantes; también tienen expedientes de estos curriculum.



PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RECLUTAMIENTO Y SELECCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE SELECCION.

REF:	RH 1-3
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R.

EL Departamento de Recursos Humanos es el responsable del proceso de selección del personal del Hospital. El personal que labora en el Hospital empezó a trabajar antes de que crearan el Manual de Descripción de Puestos y después fueron creados; muchos ya tienen el conocimiento necesario en su área y cumplen con los requisitos establecidos en dicho manual, aunque hay algunos que fueron creados por la necesidad que tenía la institución como lo es la UACI.

El Hospital cuenta con la prueba psicotécnica para evaluar al personal que quiera ingresar a trabajar, en donde la prueba psicológica la realiza un psicólogo y la técnica la ejecuta el jefe de cada departamento donde se está necesitando al personal. Anexo n° 2

El Hospital cuenta con una Evaluación de Entrevista para las personas estén en la fase de reclutamiento, en donde el entrevistado anotara su nombre, el puesto que solicita, y una serie de preguntas en donde marcara con una X como es que la persona entrevistada se considera. Anexo n° 3

D



ANEXO N° 2 Informe Examen Psicológico Personal.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
SECCION DE SALUD MENTAL
INFORME EXAMEN PSICOLOGICO PERSONAL

ANTECEDENTES

NOMBRE: José Cervando Madrid
EDAD: 34 años SEXO: masculino
EXAMEN SOLICITADO POR: Dr. Enrique Oviedo Villatoro
ESTUDIO SOLICITADO: evaluación psicológica para selección de personal.
PRUEBAS APLICADAS: Test de Inteligencia Wonderlic.
Test caracterológico de Paul Gieger
Cuestionario Investigativo de la Personalidad CIP.

FECHA DE EXAMEN: 4 de diciembre de 2012.

II.-ANALISIS DE RESULTADOS
Test de Inteligencia Wonderlic.

En la aplicación de esta prueba obtiene el siguiente puntaje: 10

Según los resultados encontrados en la prueba la aspirante presenta un nivel de inteligencia normal en comparación con el promedio general, esto significa que el evaluado logro identificar alternativas positivas a los problemas planteados, disponiendo de capacidad de observación aun cuando se encuentra bajo presión.

Test caracterológico de Paul Gieger.-
Resultado: carácter sanguíneo. Puntaje: 11/20 13/20

Análisis: de acuerdo con la prueba aplicada, muestra características de entusiasmo de fácil optimismo con habilidad para las relaciones sociales, es muy práctico en todo lo que hace; aunque en ocasiones desiste de realizar algunas actividades por la falta de confianza en si mismo, o porque los intereses personales no son los suficientes para continuar en la tarea.

ANEXO N° 3 Evaluación de Entrevista

8.50
DRH 02.05

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
EVALUACION DE ENTREVISTA**

Nombre: Nelson Eduardo Santillo Dependencia: _____

Puesto solicitado: M. Interno

Instrucciones: Marque con una "x" la casilla correspondiente que de acuerdo a su criterio describa a la persona entrevistada.

1. MODALES		
Actos que expresan el nivel de conciencia que se tiene hacia la dignidad de los demás, capacidad de una persona para desenvolverse de forma respetuosa y educada frente a los otros, comportándose de una manera sociable y adaptable.		
Muy correcto y educado	Normal	No muy educado
A. Saluda, es respetuoso, se expresa con palabras adecuadas y mantiene su atención e interés en la conversación con el entrevistador.	<input checked="" type="radio"/> B. Saluda, mantiene su atención en el entrevistador.	C. No saluda, muestra poca atención e interés en lo que se le está diciendo y se le dificulta expresarse de forma adecuada y respetuosa.
2. PRESENTACIÓN PERSONAL		
Capacidad de vestirse de manera adecuada de acuerdo al momento o las circunstancias presentes, que crean una buena impresión de la persona.		
Muy buena	Normal	Necesita mejorar
A. Bien vestido de acuerdo al puesto, para el cual está aplicando; peinado adecuadamente, limpio, ordenado.	<input checked="" type="radio"/> B. Vestido adecuadamente, limpio, ordenado.	C. Vestido de forma no adecuada para el puesto que está aplicando, falta de limpieza, poco ordenado, despeinado.
3. SEGURIDAD EN SI MISMO		
Capacidad de aceptarse así mismo y contar con la confianza suficiente para desempeñarse en el área de trabajo que le interesa, mostrando expectativas apropiadas sobre sí mismo; así como, una adecuada estabilidad emocional.		
Muy seguro	Normal	No muy seguro
A. Muestra convencimiento de su capacidad y posee habilidades para desempeñar el puesto al cual está aplicando, tiene facilidad para explicar con detalle su experiencia laboral y para conversar en forma abierta sobre su vida personal, mantiene la serenidad.	<input checked="" type="radio"/> B. Capaz de responder a las preguntas que se le exponen, explica sin mayor dificultad su experiencia laboral y aspectos personales, sin extenderse mucho en sus respuestas, se muestra poco ansioso.	C. Denota marcada ansiedad e inquietud, se le dificulta explicar su experiencia laboral y aspectos personales, se limita a responder únicamente lo que se le pregunta y de forma muy vaga.
4. SINCERIDAD DETECTADA		
Capacidad para mantener la congruencia entre lo que se dice, se piensa y se hace, permitiendo al individuo tener conocimiento y aceptación de las propias cualidades y limitantes		
Muy franco y abierto	Parece sincero	Dudoso
A. Demuestra espontaneidad para responder a las preguntas que se le formulan, es capaz de hablar de sí mismo y de sus experiencias laborales con naturalidad, no duda ante las explicaciones que brinda o de los aspectos que se le solicita de detalle.	<input checked="" type="radio"/> B. Muestra facilidad para responder a los cuestionamientos, se expresa sobre sí mismo y de sus experiencias laborales en forma normal y únicamente cuando se le requiere y puede extenderse en aquellos aspectos que se le solicita detalle.	C. Manifiesta dificultad para responder a las preguntas que le formulan, evita hablar de sí mismo y de sus experiencias laborales, muestra poca facilidad para dar detalles sobre aspectos específicos de su persona, brinda explicaciones vagas.
5. HABILIDAD DE EXPRESION		
Habilidad verbal de la persona para expresar de forma congruente lo que se piensa, cree o siente.		
Claro y conciso	Normal	Con dificultad
A. Muestra facilidad para responder claramente, dice en concreto lo que se le solicita, sin tener dificultad para extenderse cuando es necesario, capaz de explicar detalles de algunas acciones específicas.	<input checked="" type="radio"/> B. Es capaz de responder de forma clara, explica únicamente lo que se le pide sin extenderse a explicar detalles.	C. Muestra poca facilidad para responder de forma clara, explica de forma vaga y confusa lo que se le solicita, tiene dificultad para explicar detalles de algunas situaciones o experiencias.
6. ENTUSIASMO		
Capacidad para creer en sus habilidades; así como, en las de quienes lo rodean, sentirse capaz de transformar lo que se le presenta, movido por la fuerza y la certeza de sus acciones.		
Con interés	Normal	Indiferente
A. Persona motivada, con deseos de trabajar, muestra su disponibilidad e interés, demuestra iniciativa.	<input checked="" type="radio"/> B. Persona con deseos de trabajar, expresa su disponibilidad e interés.	C. Persona sin interés en trabajar, parece poco activo y con falta de energía, poca disponibilidad.
7. PERSONALIDAD		
Manera relativamente coherente de sentir, pensar y comportarse que permite entablar una relación interpersonal agradable y estable y una adecuada adaptación por parte del individuo.		
Crea impresión agradable	Normal	Parece conflictivo
A. Persona que posee una forma de ser que permite entablar una conversación agradable, es con buen humor, pero, capaz de seriedad y responsabilidad en los temas referentes al trabajo.	<input checked="" type="radio"/> B. Persona agradable, se muestra tranquila, menos seria y reservada pero que denota responsabilidad y capacidad para el trabajo.	C. Persona con la que se le dificulta entablar una conversación agradable y tranquila, carece de buen humor, se muestra irritable y reacciona en forma negativa ante las preguntas que se le expresan o simplemente las evade.

28

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 2
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: CONTRATACION E INDUCCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE CONTRATACION.

La decisión final de contratar a personal es del Director del Hospital.
Pero también cumpliendo con los requisitos obtenidos de las evaluaciones que a cada solicitante se le realizaron. De manera de comprobar que este nuevo empleado es el indicado para desempeñar la plaza vacante.

El expediente laboral de los empleados es actualizados cada año esto lo hacen a través de una hoja que se les asigna a cada uno de ellos conteniendo su record, si ha realizado permiso, etc.; siendo archivado en su expediente.

El hospital no cuenta con contratos de trabajo ya que todo el personal es contratado por ley de salarios. Los aguinaldos son pagados según lo establecido en la ley.

D

PP

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: CONTRATACION E INDUCCION

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE INDUCCION.

REF:	RH 2-1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

Los empleados que son nuevos en el Hospital cuentan con un manual de bienvenida en donde la finalidad es que conozcan la institución en que trabajaran, así como también el Manual de Descripción de Puestos.

Cuando el empleado es nuevo se les da capacitación teórica de manera general y luego la inducción específica que la facilita el jefe del departamento donde asido asignado el empleado; también se les da un recorrido por el Hospital para que este conozca las áreas y/o departamento. El proceso de inducción queda documentado en el expediente del empleado.

D



PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 3
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION DEL PERSONAL.

El Departamento de Recursos Humanos es el responsable de coordinar los programas de entrenamiento para el personal.

Así mismo el mecanismo de medición que utiliza el Hospital para detectar necesidades es a través de una ficha que pasan cada año, esto lo realiza Recursos Humanos para los Jefes de los Departamentos con el propósito de conocer las necesidades que se tienen, de manera que se identifiquen las deficiencias de cada empleado que está bajo su mando.

El Departamento de Recursos Humanos no cuenta con un presupuesto establecido para capacitaciones; Recursos Humanos planifica las capacitaciones de acuerdo a las necesidades del personal, esto también le compete a los Jefes de los Departamentos. Se hace una evaluación para determinar los resultados obtenidos según las capacitaciones realizadas, aunque no se les da seguimiento a los programas por no tener los recursos necesarios para completarlos.

El personal que recibe capacitaciones algunos se comprometen firmando un documento para dar una retroalimentación del tema a los que no asistieron y es de interés en su área de trabajo.

D



PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE MECANISMO DE MEDICION DE DESEMPEÑO.

REF:	RH 4
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	Y.Y.R.M

El Departamento de Recursos Humanos cuenta con un programa para la medición del desempeño del personal del hospital. Actualmente el personal del hospital se encuentra satisfecho con el programa; ya que el propósito de esta evaluación es para conocer si los empleados se han desempeñado de una manera eficiente y para poder aumentarles el salario según el rendimiento obtenido; y al personal que ha obtenido un rendimiento bajo en su evaluación se les hace una disminución de salario dependiendo su sueldo.

Los índices de eficiencia y estándares de desempeño son emitidos por el ente rector del Ministerio de Salud y por ello Recursos Humanos no puede crear o modificar nuevos índices debido a que los formatos ya estan establecidos.

El personal que es evaluado bajo el mismo sistema son los médicos, paramédicos y la jefaturas, también se les da la oportunidad de apelar por los resultados obtenidos con el propósito de saber si han fallado o mejorado en sus labores diarias. [Anexo n° 4](#)



El formato utilizado para la evaluación del desempeño de los empleados en sus responsabilidades para cada puesto, tanto de Jefatura como administrativo es basado en el Manual de Descripción de puestos el cual contiene los datos generales, una evaluación por parte del jefe inmediato para verificar la calidad del trabajo, la productividad, creatividad, cumplimiento de normas e instrucciones y sus relaciones laborales para tener un buen control.

Anexo n° 5

En caso de una llega tardía tiene un descuento en su salario, para verificar las llegadas tardes lo hacen a través de la ficha que utilizan a la hora de entrar al hospital con el propósito de conocer cuántos son los que entran tarde para así poder descontarles de acuerdo al salario que ganen.

Como política del hospital se realiza una evaluación de desempeño cada año esto con el fin de conocer si el personal es eficiente en sus tareas asignadas, el empleado que ha tenido un rendimiento alto en su evaluación es al que se le aumenta.



ANEXO N° 4 Formulario de Evaluación de Desempeño Personal (jefaturas, médicos y paramédicos).

MINISTERIO DE SALUD EL SALVADOR UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS				
FORMULARIO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL JEFATURAS				
I. DATOS GENERALES				
CODIGO: NR 14081507570016		PERIODO COMPRENDIDO DE: ENERO/2013 A JUNIO/2013		
NOMBRE DEL EMPLEADO: _____				
CARGO SEGUN NOMBRAMIENTO: JEFE DE COCINA				
FECHA DE INGRESO: 03/11/1980		PARTIDA: 34	SUBNUMERO: 1	SUELDO: \$1.258.14
CARGO SEGUN FUNCIONES: JEFE DE COCINA			A PARTIR DE: _____	
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: _____ PUESTO: _____				
DEPENDENCIA: MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA				
UNIDAD ADMINISTRATIVA: (DIRECCION, DIVISION, DEPARTAMENTO, UNIDAD, SECCION, AREA) COCINA				
II. EVALUACION GENERAL POR PARTE DEL JEFE INMEDIATO				
1. PLANIFICACION Y ORGANIZACION Se refiere a la capacidad de formular y desarrollar planes, así como la habilidad para coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo.				
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	
No cuenta con un plan de trabajo definido, y no sabe distribuir ni coordinar el trabajo de sus subalternos.	Si cuenta con un plan concreto de trabajo, pero se le dificulta coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo.	Cuenta con planes bien definidos de trabajo, sabe coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo. Pero algunas veces presenta dificultades que se rectifican fácilmente.	Cuenta con planes perfectamente definidos, coordina con precisión y exactitud el trabajo que realiza el personal bajo su cargo.	
2. LOGRO DE METAS Y OBJETIVOS Es la capacidad que tiene el jefe para formular y desarrollar metas y objetivos y la habilidad que tiene para involucrar a su personal en la consecución de los mismos.				
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	
Logra los resultados esperados en un 40% no formula correctamente los objetivos y las metas a alcanzar y no logra que su personal se involucre en la consecución de los mismos, frecuentemente necesita la reformulación de las metas y objetivos.	Logra en un 60% los resultados esperados. A pesar de que formula correctamente los objetivos y metas, no logra que todo su personal se involucre en la consecución de las mismas, necesita integrar a todo su personal.	Formula correctamente los objetivos y metas de trabajo y consigue que su personal se involucre, pero existen dificultades, superables, en la ejecución de los mismos. Logra resultados mayores al 80% de lo planeado.	Formula los objetivos y metas perfectamente y su personal esta totalmente involucrado logrando resultados esperados en un 100%, con exactitud y en el menor tiempo posible.	
3. CAPACIDAD DE DIRECCION Es la habilidad que tiene el jefe para conducir al personal bajo su cargo en forma sistemática e integrada al logro de los resultados esperados.				
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	
El personal se siente desorientado, no logra integrarles a fin de conseguir los resultados esperados. Siempre ejerce presión en sus subalternos para realizar las tareas encomendadas.	Se logran con dificultad los resultados esperados, no involucra a todo el personal en la consecución de los mismos. Generalmente somete a trabajar bajo presión al personal bajo su cargo.	El personal esta bien orientado, sabe hacia donde va y esta integrado. Ocasionalmente somete a presión a su equipo de trabajo, en pro de los resultados oportunos.	El personal sabe perfectamente hacia donde va y como lograr los resultados esperados con agilidad y oportunidad; involucrando el mínimo de esfuerzo.	

4. TOMA DE DECISIONES

Es la capacidad de proponer las posibles alternativas de solución y seleccionar de entre ellas la mejor; a fin de alcanzar los resultados esperados con precisión y oportunidad.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Inseguridad al momento de tomar decisiones generadas por situaciones no previstas, lo que conlleva al entorpecimiento de los resultados esperados.	En algunas ocasiones delega la toma de decisiones, aunque alcanza los objetivos, no es oportuno.	Siempre se responsabiliza de la toma de decisiones y propone alternativas que facilitan el logro de los resultados. Algunas veces comete errores que puede rectificar.	No se equivoca en la toma de decisiones, siempre propone la mejor alternativa de solución y se logran los resultados esperados con exactitud, precisión y oportunidad.

5. RESPONSABILIDAD

Es la capacidad que tiene el jefe para cumplir con los deberes y obligaciones inherentes a su cargo y el grado de compromiso que involucra en la consecución de los resultados esperados.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No cumple con las obligaciones relacionadas con su cargo, muestra apatía y desinterés.	Generalmente cumple las obligaciones relacionadas con su cargo, sin embargo a veces presenta problemas.	Cumple únicamente con las responsabilidades y exigencias de su cargo, en forma oportuna.	Altamente responsable con las actividades relacionadas con su puesto y otras que le son encomendadas, las cuales desarrolla con suma eficiencia y oportunidad.

6. INICIATIVA Y CREATIVIDAD

Capacidad para proponer y ejecutar nuevas metodologías de trabajo que mejoren las ya existentes, optimicen recursos y tiempo o resuelvan problemas que se presenten en el desarrollo del trabajo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No aporta nuevas ideas ni demuestra interés por mejorar el trabajo, se guía por la rutina. Necesita proponer nuevos métodos de trabajo e incentivar el cambio.	Algunas veces aporta ideas que contribuyen a mejorar el trabajo y optimizar los recursos, necesita incorporar mejoras a los métodos existentes.	Generalmente aporta ideas y sugerencias que contribuyen a solucionar problemas e introducir nuevos métodos de trabajo.	Permanentemente aporta ideas y sugerencias prácticas que permiten solución de problemas e innovaciones al trabajo. Es visionario y prevé los cambios.

7. RELACIONES LABORALES

Es la actitud que tiene el jefe en las relaciones laborales con otros jefes, subalternos y/o visitantes; el grado de respeto y consideración para con ellos; asimismo, el uso que hace de los canales de comunicación, fomentando así un clima organizacional propicio y el fomento de trabajo en equipo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Tiene actitudes negativas en sus relaciones con las demás personas, no utiliza adecuadamente los canales de comunicación y obstaculiza el trabajo en equipo.	Mantiene buenas relaciones con las demás personas, no siempre utiliza adecuadamente los canales de comunicación lo que obstaculiza en alguna medida el trabajo en equipo.	Casi siempre mantiene una actitud positiva con los demás. Generalmente utiliza en forma adecuada los canales de comunicación, propicia un buen clima organizacional y el trabajo en equipo.	Siempre mantiene actitud positiva, sabe utilizar los canales de comunicación por lo que propicia un excelente clima organizacional y de trabajo en equipo.

TABLA DE VALORACION

FACTOR	A	B	C	D
1.- Planificación y Organización	0	7	14	21
2.- Logro de Metas y Objetivos	0	6	12	18
3.- Capacidad de Dirección	0	5	10	15
4.- Toma de Decisiones	0	4	8	12
5.- Responsabilidad	0	3	6	9
6.- Iniciativa y Creatividad	0	2	4	6
7.- Relaciones Laborales	0	1	2	3

CALIFICACION POR PUNTOS Y POR RANGOS

Excelente	De 73 a 84 puntos
Muy Bueno	De 56 a 72 puntos
Bueno	De 28 a 55 puntos
Insatisfactorio	Hasta 27 puntos

PUNTAJE ALCANZADO:

REGISTRO INDIVIDUAL DE INCIDENTES CRITICOS DE DESEMPEÑO PARA PERSONAL
JEFATURAS

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____

NOMBRE DE JEFE INMEDIATO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____

FACTORES QUE SE OBSERVAN:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 1. Planificación y Organización. | 2. Logro de Metas y Objetivos. | 3. Capacidad de Dirección. | 4. Toma de Decisiones. |
| 5. Responsabilidad. | 5. Iniciativa y Creatividad. | 7. Relaciones Laborales. | |

FECHA	FACTOR No.	F	DESCRIPCION DEL EVENTO
		D	

F Incidentes Favorables
D Incidentes Desfavorables

OBSERVACIONES: _____

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

Tiempo de Supervisar al Evaluado:			
Con base en la evaluación realizada el empleado merece una calificación de:			
Excelente <input type="checkbox"/>	Muy Bueno <input type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Insatisfactorio <input type="checkbox"/>
Comentarios:			
Firma del Evaluador		SELLO	Fecha
Firma Jefe Inmediato Superior		SELLO	Fecha

IV. COMUNICACION DE LA CALIFICACION AL EVALUADO.

Hago constar que he leído la presente evaluación y calificación del desempeño y me doy por enterado del contenido de la misma.		
Comentarios:		
Firma del Evaluado	SELLO	Fecha
ACCIONES ACORDADAS CON EL EMPLEADO PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO EN EL PROXIMO PERIODO A EVALUAR, U OTRAS OBSERVACIONES.		
Firma del Evaluado	SELLO	Fecha



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

DRH 11.04

HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

1.- DATOS DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
-----------------	------------------	--------------------

NOMBRES: OMBRES COMPLETOS

DIRECCIÓN COMPLETA:

TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____ TIPO DE SANGRE _____
CELULAR _____

No. JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROF. MÉDICA (SI APLICA) _____

2.- GRUPO FAMILIAR (QUE NO HAYA DECLARADO ANTERIORMENTE)

PARENTESCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO

3.- EDUCACIÓN (Grupos de la tabla de la página 11 de este formulario)

3.- EDUCACIÓN (Llenar sólo si ha habido cambios en los últimos que declaro)

BACHILLERATO Año de finalización: _____ Opción: _____

CARRERA CORTA Y/O DIPLOMADO Diploma Obtenido: _____

Centro Educativo: _____

Duración: _____ Año de Finalización: _____

UNIVERSITARIOS Carrera: _____

Universidad: _____

Año de finalización: _____ Si no ha finalizado: % de avance _____

POST-GRADOS, MAESTRIAS Y DOCTORADO Nombre de la Especialidad: _____

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

Becado: SI _____ No _____

Nombre de la Especialidad: _____

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

Becado: SI _____ No _____

OTROS CURSOS (MAS DE 20 HORAS) Nombre del Curso: _____

Lugar donde lo recibió: _____

Duración: _____ Fecha: _____ País: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

NOTA ANTES DE FIRMAR EL DOCUMENTO LÉALO CUIDADOSAMENTE

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA: _____

ANEXO N° 5 Formatos de Formularios de Evaluación de Desempeño.



MINISTERIO DE SALUD

UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

FORMULARIO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO

I. DATOS GENERALES

CODIGO: NR 14162206791023 PERIODO COMPRENDIDO DE: ENERO/2013 A JUNIO/2013

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

CARGO SEGUN NOMBRAMIENTO: SECRETARIA II

FECHA DE INGRESO: 19/03/1999 PARTIDA: 11 SUBNUMERO: 2 SUELDO: \$674.11

CARGO SEGUN FUNCIONES: SECRETARIA II A PARTIR DE: _____

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: _____ PUESTO: _____

DEPENDENCIA: MINISTERIO DE SALUD/HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA: (DIRECCION, DIVISION, DEPARTAMENTO, UNIDAD, SECCION, AREA)
FARMACIA

II. EVALUACION GENERAL POR PARTE DEL JEFE INMEDIATO

1. CALIDAD DE TRABAJO
Se refiere al cuidado, nitidez y exactitud con que realiza su trabajo, utilizando adecuadamente los recursos y eliminando el desperdicio en terminos materiales, tiempo y costo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Casi siempre es necesario que rectifique su trabajo. Necesita mucha supervisión.	Eventualmente comete errores, que son fácilmente corregidos. Necesita poca supervisión.	No comete errores. Trabaja con precisión y oportunidad. No necesita supervisión directa.	Trabajo que excede a la normalidad, realizado con máximo grado de precisión, oportunidad y exactitud.

2. PRODUCTIVIDAD
Se evalúa el rendimiento de trabajo efectivo generado por el empleado durante un tiempo estipulado, de conformidad con las asignaciones que recibe, maximizado el uso de los recursos y eliminando pérdida de tiempo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Con frecuencia no alcanza a cumplir con la cantidad de trabajo asignado. Siempre está atrasado. En repetidas ocasiones se le proporciona adiestramiento.	Cumple con el trabajo que le es asignado, algunas veces se atrasa. Eventualmente necesita adiestramiento, en alguna etapa de su trabajo.	Cumple con los trabajos asignados. Siempre está al día. Utiliza adecuadamente los recursos; conoce bien su trabajo y no necesita adiestramiento.	Conoce a la perfección su trabajo, lo que le permite realizarlo en menor tiempo del asignado, a la vez que maximiza los recursos. Realiza tareas adicionales a las encomendadas.

3. RESPONSABILIDAD
Es el grado de compromiso, dedicación, interés y preocupación que tiene el empleado en la ejecución de sus funciones y ante la Institución misma.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Generalmente no cumple con las responsabilidades de su puesto de trabajo, muestra apatía y desinterés. Necesita que se le incentive.	Cumple sus funciones, sin embargo a veces no logra concluir las oportunamente.	Demuestra interés y cumple con las actividades de su puesto de trabajo.	Cumple con las responsabilidades de su puesto y otras que le son encomendadas.

4. INICIATIVA Y CREATIVIDAD
 Evalúa la capacidad del empleado para proponer cambios que mejoren los métodos de trabajo, enfrentar y resolver problemas, aportando soluciones a los mismos. Puede considerarse también, la forma en que actúa para afrontar situaciones no rutinarias.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No aporta nuevas ideas ni demuestra interés por mejorar el trabajo, por lo general se guía por la rutina.	Algunas veces aporta ideas que contribuyen a mejorar el trabajo. Tiene capacidad, pero es necesario que su jefe inmediato le presione.	Aporta ideas y sugerencias que contribuyen a mejorar su trabajo y solucionar problemas. No requiere de presiones para desarrollar su potencialidad.	Permanentemente propone cambios, aporta ideas y sugerencias prácticas que permiten la solución de problemas e innovaciones a su trabajo y al de otras áreas.

5. CUMPLIMIENTO DE NORMAS E INSTRUCCIONES
 Es el cumplimiento de normas institucionales e instrucciones emanadas por los jefes. En general de todas las disposiciones reglamentarias y de las aplicación de las mismas, con especial apego a la puntualidad en el horario de trabajo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Reincide en incumplir algunas normas y reglamentos especialmente la puntualidad a los horarios de su jornada laboral.	Cumple ordenes e instrucciones. En algunas ocasiones presenta problemas de disciplina y puntualidad en su jornada laboral.	Cumple con las normas y reglamentos vigentes sin dificultad, acata las ordenes e instrucciones que recibe. No presenta problemas de incumplimiento de horarios ni disciplina.	Su acatamiento de las normas e instrucciones es ejemplar, así como la disciplina (asistencia, permanencia y puntualidad en su jornada laboral y conducta), es intachable.

6. RELACIONES LABORALES
 Es la forma de comportarse del empleado con respeto, consideración, buena disposición y prestando ayuda en las relaciones laborales con jefes, compañeros de trabajo y/o visitantes de la Institución.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Presenta dificultades en las relaciones con sus jefes, compañeros y/o visitantes, adopta actitudes negativas. Tiene poca disposición con sus jefes y presta poca ayuda a sus compañeros.	Tiene buenas relaciones con sus jefes, compañeros y/o visitantes, algunas veces presenta dificultades que son fácilmente manejables.	Mantiene muy buenas relaciones con jefes, compañeros y/o visitantes. Tiene muy buena disposición con sus jefes y al solicitarle colaboración la presta con gusto.	Desarrolla su trabajo en total armonía con sus jefes, compañeros y/o visitantes. Mantiene total disposición con sus jefes y presta colaboración a sus compañeros sin que sea solicitada.

7. DISCRECIÓN
 Actitud del empleado para actuar con moderación, sensatez y tacto en el manejo de la información relacionada con su puesto de trabajo y de la institución en general.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Indiscreto con la información relacionada con su trabajo y con información institucional que llega a su puesto.	Mantiene la reserva necesaria en relación a la información de su trabajo y la de la institución, eventualmente comete alguna indiscreción.	Es reservado en el manejo de la información de su trabajo y de la institución, no comete Indiscreción.	Totalmente reservado en el manejo de información de su trabajo y de la institución, por lo que siempre se considera digno de confianza.

TABLA DE VALORACION

FACTOR	A	B	C	D
1.- Calidad de Trabajo	0	7	14	21
2.- Productividad	0	6	12	18
3.- Responsabilidad	0	5	10	15
4.- Iniciativa y Creatividad	0	4	8	12
5.- Cumplimiento de Normas e Instrucciones	0	3	6	9
6.- Relaciones Laborales	0	2	4	6
7.- Discreción	0	1	2	3

CALIFICACION POR PUNTOS Y POR RANGOS

Excelente	De 73 a 84 puntos
Muy Bueno	De 56 a 72 puntos
Bueno	De 28 a 55 puntos
Insatisfactorio	Hasta 27 puntos

PUNTAJE ALCANZADO:

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

Tiempo de Supervisar al Evaluado: _____

Con base en la evaluación realizada el empleado merece una calificación de:

Excelente

Muy Bueno

Bueno

Insatisfactorio

Comentarios: _____

Firma del Evaluador

SELLO

Fecha

Firma Jefe Inmediato Superior

SELLO

Fecha

IV. COMUNICACION DE LA CALIFICACION AL EVALUADO.

Hago constar que he leído la presente evaluación y calificación del desempeño y me doy por enterado del contenido de la misma.

Comentarios: _____

Firma del Evaluado

SELLO

Fecha

ACCIONES ACORDADAS CON EL EMPLEADO PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO EN EL PROXIMO PERIODO A EVALUAR, U OTRAS OBSERVACIONES.

Firma del Evaluado

SELLO

Fecha



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

DRH 11.04

HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

1.- DATOS DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
-----------------	------------------	--------------------

NOMBRES:

DIRECCIÓN COMPLETA:

TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____ TIPO DE SANGRE _____
CELULAR _____

No. JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROF. MÉDICA (SI APLICA) _____

2.- GRUPO FAMILIAR (QUE NO HAYA DECLARADO ANTERIORMENTE)

PARENTESCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO

3.- EDUCACIÓN (Llenar sólo si ha habido cambios en los últimos que declaro)

BACHILLERATO Año de finalización: _____ Opción: _____

CARRERA CORTA Y/O DIPLOMADO Diploma Obtenido: _____

Centro Educativo: _____

Duración: _____ Año de Finalización: _____

UNIVERSITARIOS Carrera: _____

Universidad: _____

Año de finalización: _____ Si no ha finalizado: % de avance _____

POST-GRADOS, MAESTRIAS Y DOCTORADO Nombre de la Especialidad: _____

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

Becado: SI _____ No _____

Nombre de la Especialidad: _____

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

Becado: SI _____ No _____

OTROS CURSOS (MAS DE 20 HORAS) Nombre del Curso: _____

Lugar donde lo recibió: _____

Duración: _____ Fecha: _____ País: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

NOTA ANTES DE FIRMAR EL DOCUMENTO LÉALO CUIDADOSAMENTE

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA: _____

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 5
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RETRIBUCIONES Y PRESTACIONES SALARIALES.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE POLITICA SALARIAL Y HORAS EXTRAS.

La jefatura de Recursos Humanos no está autorizada a establecer la Política Salarial ya que ésta la determina el ente rector del Ministerio de Salud. La política salarial que utiliza el Hospital es considerando la evaluación del desempeño del personal y por antigüedad se le aumenta cada cinco años.

Según la entrevista a la Jefa de Recursos Humanos las horas extras que realiza el personal del Hospital se le paga con tiempo libre, no con efectivo.



Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: RECURSOS HUMANOS.

REF:	RH 5-1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

SECCION: RETRIBUCIONES Y PRESTACIONES SALARIALES.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: ANALITICA DEL PROGRAMA DE POLITICA SALARIAL Y HORAS EXTRAS.

NOMBRE	CARGO	DESCUENTOS													
		AFP		ISSS		RENTA		SISA VIDA S.A		AGEPMY(SEGURO DE VIDA)		AGEPMY(CUOTA SOCIAL)		LLEGADA TARDE/SALIDA ANTES	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Dr. Ovidio Josué Díaz	Director Médico del Hospital	X		X		X									
Licda. Sara Eunice Beltrán	Jefe División Administrativa					X		X		X		X		X	
Lic. José Eleazar Cruz	Jefe Depto. Fro. Contable	X		X		X		X		X		X		X	
Lic. Noé de Jesús Alcántara	Auxiliar Contable	X		X		X		X		X		X		X	




PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 5-2
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RETRIBUCIONES Y PRESTACIONES SALARIALES.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE PRESTACIONES LABORALES.

Las prestaciones laborales a los que tienen derecho los empleados son las establecidas en la ley; a demás al personal de enfermería se les da alimentación y al personal administrativo se les otorga el uniforme.

El control de la información de los empleados para verificar que permanezcan en su área de trabajo o cuando estos piden permiso es responsabilidad del Jefe del Departamento quien recopila y envía la información al Jefe de Recursos Humanos para que este la archive al expediente. [Anexo n° 6](#)

La documentación de las prestaciones laborales en cuanto a la alimentación se hace según el Plan de Trabajo y con el uniforme se realiza una requisición a los Jefes del Departamento.



Ministerio de Salud Publica Asistencia Social
Hospital Nacional Santa Roa de Lima

CONTROL DE MISION OFICIAL

Departamento: _____

Nombre del Funcionario: _____

Cargo que Desempeña: _____

Objetivo de la Misión

Lugar Visitado: _____

Fecha: _____

Hora de Salida _____ Hora de Regreso _____

Firma del Jefe Inmediato _____

Control de Misión Oficial

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

CONTROL DE PERMISOS

No. Correlativo _____

Código de marcación _____ Departamento: _____

Nombre: _____

Tiene licencia para no presentarse a sus labores :

Durante _____ días
_____ horas
_____ Minutos, Durante la fecha

Con sueldo
Sin sueldo

Día y hora de entrada: _____

Por motivo:

Personal __ Enfermedad __ Enfermedad gravísima de Pariente __ Duelo __ Compensatorio __

Tiene licencia para retirarse de sus labores:

Durante: _____ horas
_____ Minutos, Durante la fecha

Con sueldo
Sin sueldo

Día y hora de salida: _____

Por motivo:

Personal __ Enfermedad __ Enfermedad gravísima de Pariente __ Duelo __ Compensatorio __

Santa Rosa de Lima _____, de _____ del 20__

Nombre, firma, cargo y sello del Jefe que Autoriza

Sello

NOTA: Este formulario sólo aplica para permisos de hasta CINCO (5) días.

Control de Permisos



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

DRH 05. 01

SOLICITUD DE LICENCIAS O ACCIONES DE PERSONAL

FECHA DE ELABORACIÓN: _____			INPEP: _____	
NOMBRE DEL EMPLEADO: _____			NOMBRE AFP: _____	
MOTIVO:			NUP: _____	
ENFERMEDAD CON SUELDO	ENFERMEDAD GRAVISIMA DE PARIENTES	ALUMBRA MIENTO	NUMERO DE DIAS: _____	
ENFERMEDAD SIN SUELDO	DUELO DE PARIENTE CERCANO	MISIÓN OFICIAL	PERÍODO DE LA LICENCIA:	
PERSONAL SIN SUELDO	VACACION ANUAL	COMP. TIEMPO EXTRA	DESDE: _____	
CARGO PUBLICO	OTROS: _____		HASTA: _____	
DEPARTAMENTO : _____			FORMA DE PAGO	
OBSERVACIONES Y/O ANEXOS: _____			LEY DE SALARIOS	
			CONTRATO	
			HORARIO DE TRABAJO: _____	
F I R M A S				
FIRMA DEL EMPLEADO: _____			FIRMA DEL JEFE INMEDIATO	
NOMBRE: _____			NOMBRE: _____	
CARGO: _____			CARGO: _____	
SELLO			SELLO	
FIRMA DEL JEFE SUPERIOR			AUTORIZA:	
NOMBRE: _____			FIRMA DEL DIRECTOR	
CARGO: _____			NOMBRE: DR. FERNANDO GUTIERREZ UMANZOR	
SELLO			SELLO	

Solicitud de Licencia o Acciones De Personal



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

CAMBIO DE TURNO

Santa Rosa de Lima, _____
Fecha

Jefe de Departamento

Por este medio solicitamos a usted, concedemos Autorización para realizar cambio de turno en plan correspondiente al mes de _____.

EMPLEADO QUE SOLICITA

EMPLEADO QUE REALIZARA TURNO

Firma

Firma

Nombre según Nombramiento

Nombre según Nombramiento

Cargo según Nombramiento

Cargo según Nombramiento

Fecha del Turno

Fecha en que pagará

AUTORIZADO:

Firma

Nombre de quien autoriza

Cambio de Turno

INFORME MENSUAL DE CAMBIOS DE TURNO

Departamento: _____ Mes: _____ Año: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO QUE SOLICITA CAMBIO DE TURNO	FECHA DE CAMBIO	NOMBRE DEL EMPLEADO QUE REALIZARA EL TURNO	FECHA DE PAGO

Firma: _____
Responsable que Autoriza los Turnos

Informe Mensual de Cambio de Turno

Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	RH 5-3
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: RECURSOS HUMANOS.

SECCION: RETRIBUCIONES Y PRESTACIONES SALARIALES.

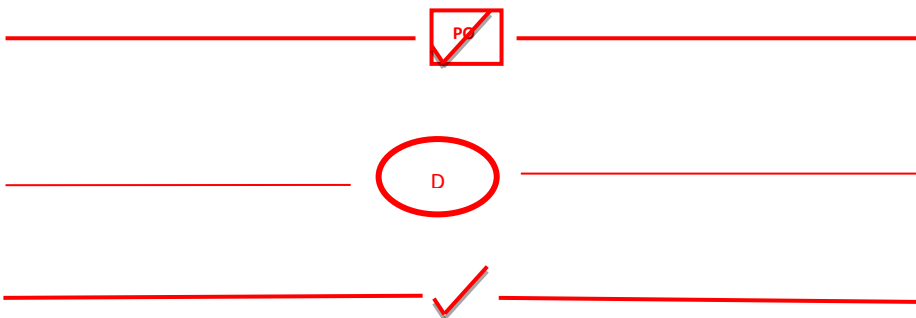
PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: ANALITICA DEL PROGRAMA DE PRESTACIONES LABORALES.

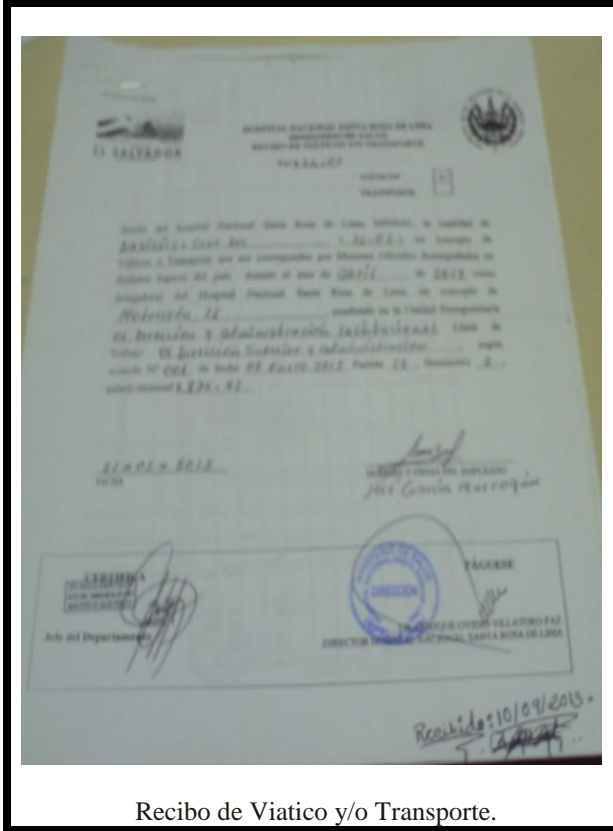
NOMBRE DEL EMPLEADO	CARGO	FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR	FIRMA DEL EMPLEADO	FIRMA Y SELLO JEFA DE ENFERMERAS	FIRMA Y SELLO DE DIVISION ADMINISTRATIVA
Irma Victoria Aguirre	Enfermera	X	X	X	
José García Marroquín	Motorista	X	X		X
Atadeo Alcides Herrera	Motorista	X	X		X

Anexo n° 7

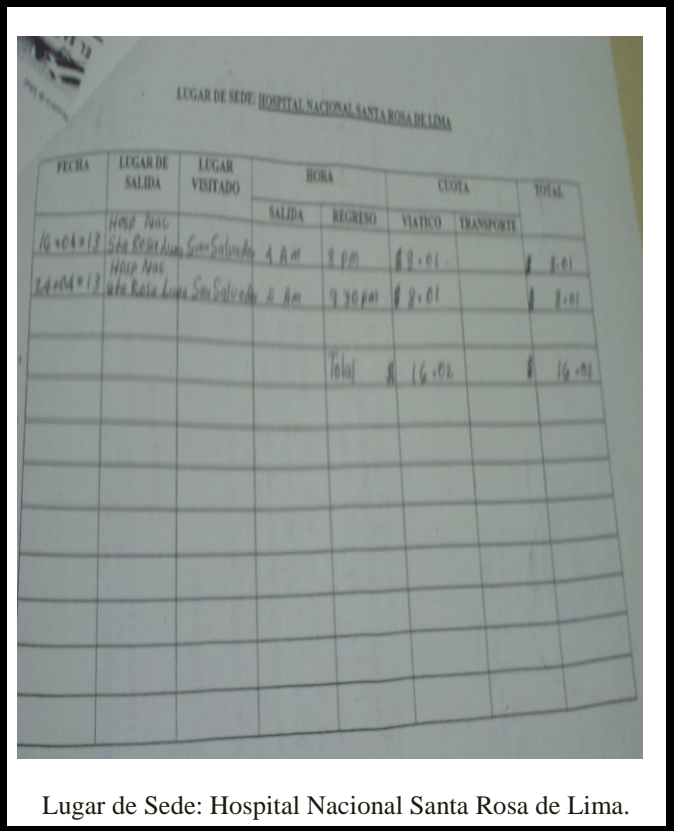
Nota: Marcar con "X" las casillas en las cuales se cumplan los requisitos



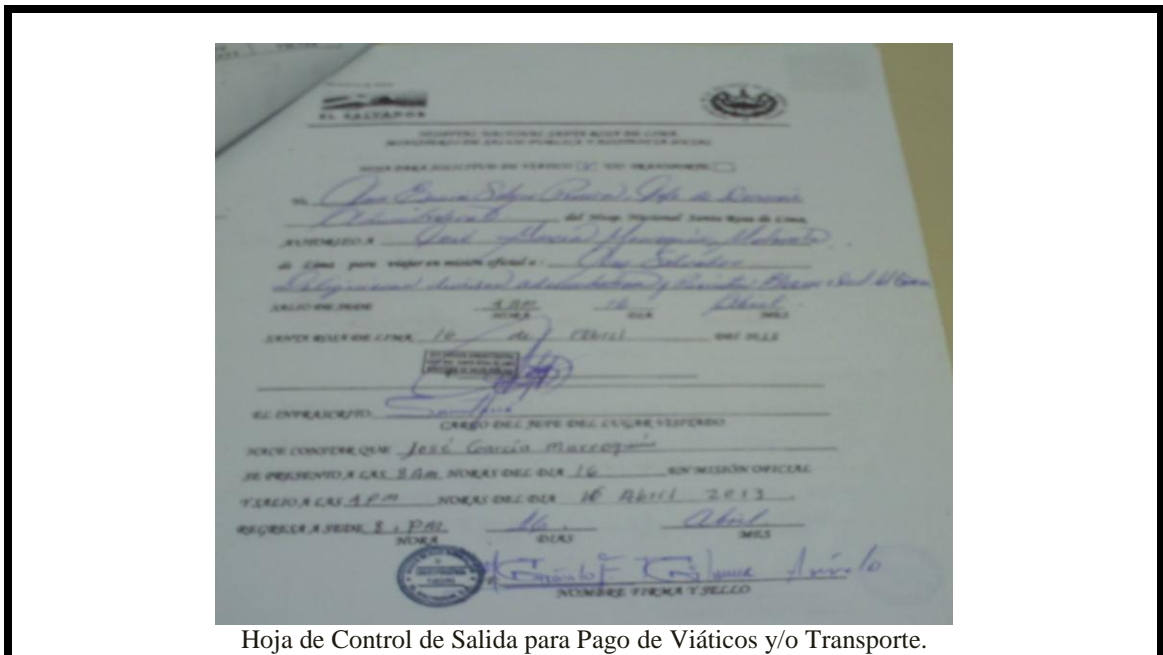
ANEXO N° 7 Vales de Viáticos



Recibo de Viatico y/o Transporte.



Lugar de Sede: Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.



Hoja de Control de Salida para Pago de Viáticos y/o Transporte.

PAPELES DE TRABAJOS

Hoja 1 de 1

REF:	RH 6
Hecho Por	E.L.C
Revisado Por	M.A.R.R

Área Auditada: Departamento de Recurso Humano.

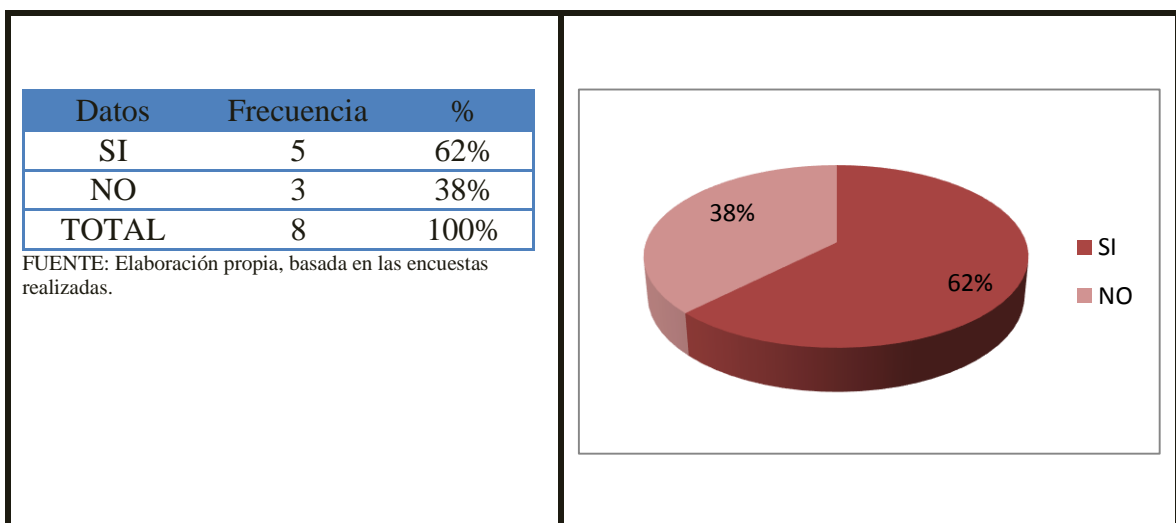
Periodo Auditado: Septiembre 2013

Cedula: Narrativa de Tabulación y representación gráfica de encuesta realizada a empleados del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.

1. ¿Se siente cómodo con su equipo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Conocer la satisfacción del empleado con el equipo brindado.



ANALISIS: La información obtenida en las encuestadas realizadas a los empleados nos mostro que un 62% se siente cómodo con el equipo asignado mientras que un 38% nos

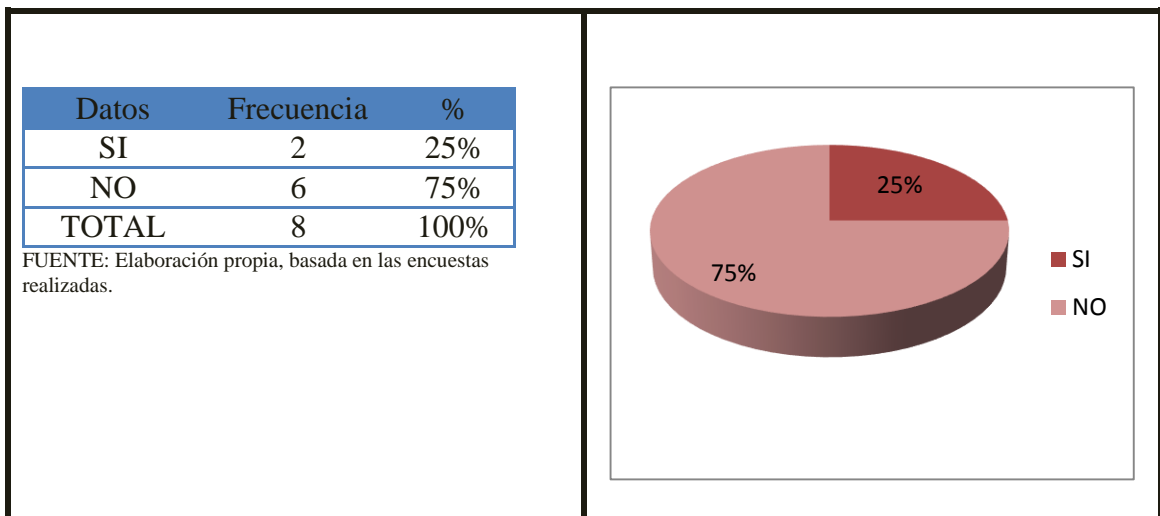
dijo que el equipo que le ha sido asignado no es conveniente ya que son muchas las horas que pasan en el lugar asignado.

CONCLUSION: El personal del hospital considera que el equipo asignado es el correcto por lo que ellos se sienten cómodos y pueden realizar muy bien sus tareas asignadas.

2. ¿El mueble donde se encuentra su equipo es el más idóneo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Determinar si el mueble que se ha asignado para el equipo es el más idóneo.



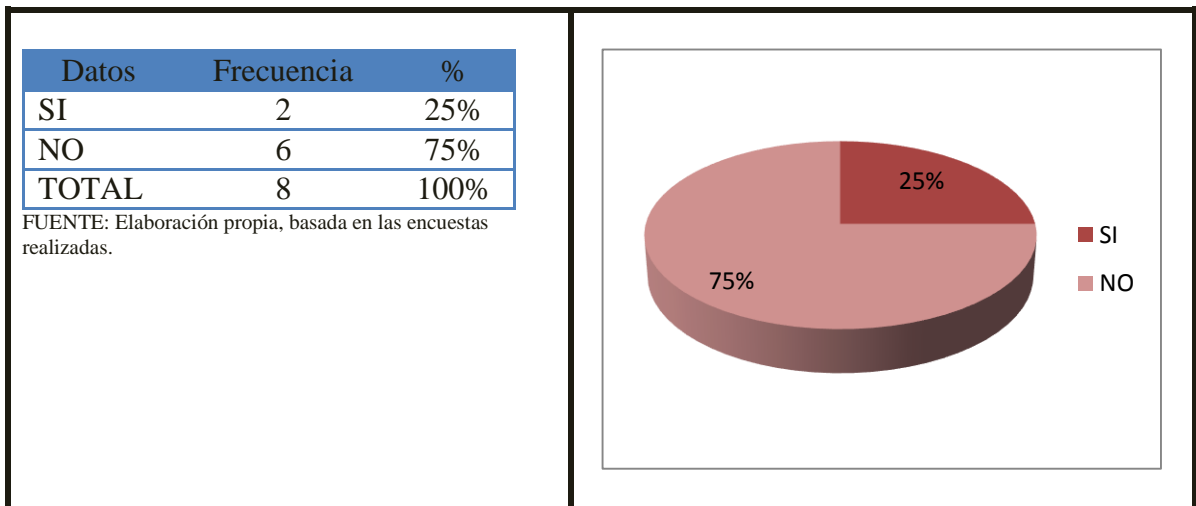
ANALISIS: Según la información obtenida un 25% de los empleados considera que el mueble asignado a su equipo si es el adecuado, mientras que un 75% dice que no es el idóneo.

CONCLUSION: El mueble asignado para el equipo de trabajo del personal no es el idóneo porque este no queda bien establecido en el mueble.

3. ¿La silla que posee es ergonómica?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Identificar si el empleado tiene una silla que sea apropiada para su bienestar.



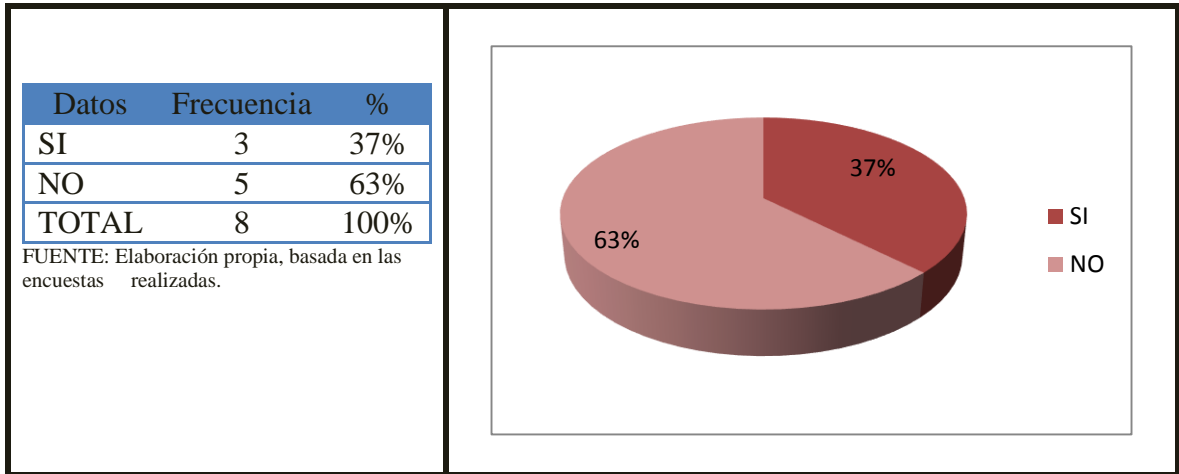
ANALISIS: De los ocho empleados encuestados el 25% dijo que si tienen una silla ergonómica, mientras que un 75% considera que la silla no es ergonómica.

CONCLUSION: La mayoría de los empleados no estan a gusto ya que en la silla que estan no es ergonómica y no es cómoda ya que son muchas las horas que se encuentran trabajando.

4. ¿Se siente a gusto con el espacio físico del lugar de trabajo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Identificar si el espacio asignado a los empleados es amplio para poder desplazarse.



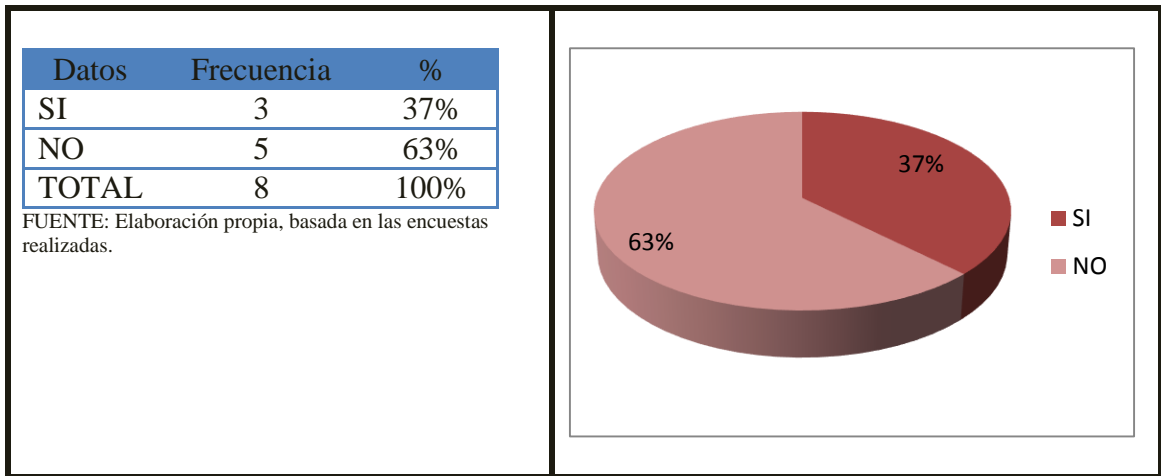
ANALISIS: De los ocho empleados encuestados el 37% dijo que se sienten a gusto con el espacio establecido; un 63% dijo que el lugar donde realizan su trabajo no es cómodo.

CONCLUSION: Muchos de los empleados creen que el espacio asignado para la realización de su trabajo no es el adecuado ya que este se encuentra muy reducido no es muy confortable para el personal que está en esa área.

5. ¿Se siente bien con la temperatura programada del aire acondicionado?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Conocer si en el lugar donde se encuentra el personal laborando la temperatura del aire es la adecuada.



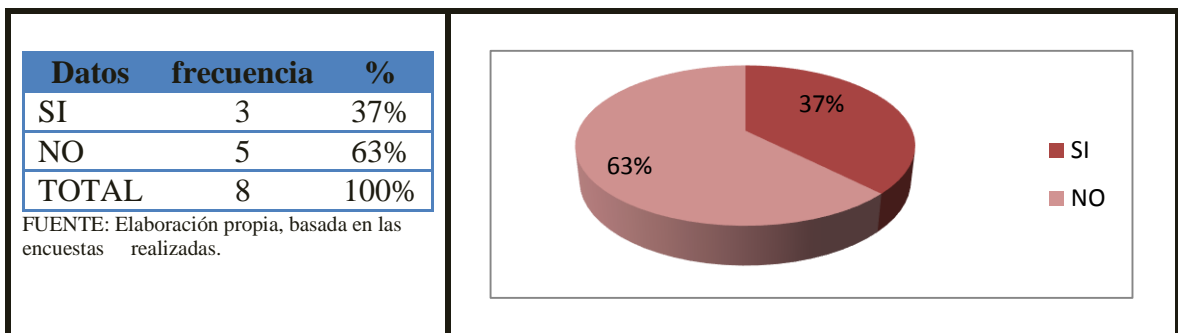
ANALISIS: La información obtenida nos muestra que un 37% de los empleados si esta cómodo con la temperatura del aire, mientras que un 63% dice que no se siente bien con la temperatura del aire acondicionado.

CONCLUSION: El recurso humano del hospital considera que no está a gusto con la temperatura del aire ya que este no es el adecuado para el área de trabajo y otros que no tienen asignado un aire.

6. ¿Le proporcionan los insumos que necesita para realizar su trabajo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Conocer si los insumos que necesita el personal se les son proporcionados.



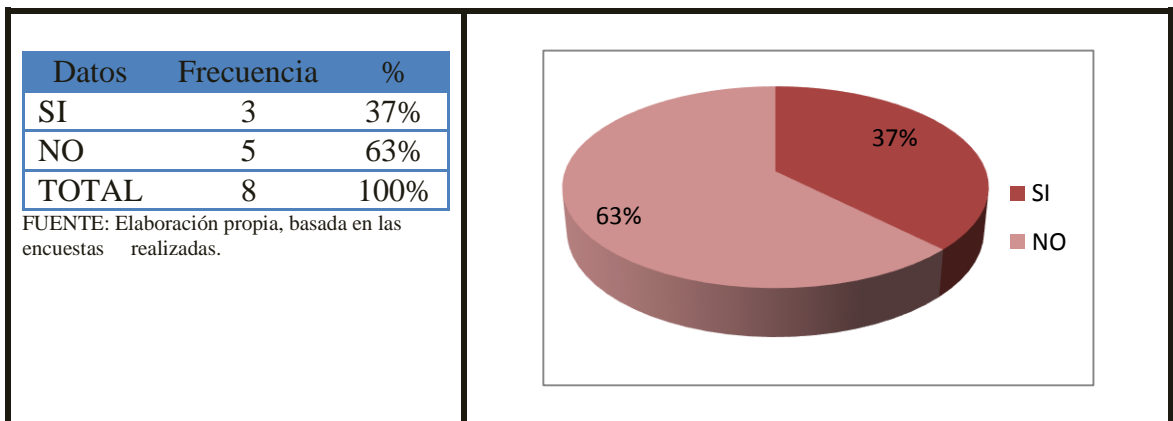
ANALISIS: Según la información obtenida un 37% dijo que los insumos si les son proporcionados, pero un 63% dice que no se les son proporcionados los insumos para poder realizar su trabajo esto hace que se le dificulte la realización de su labor asignada.

CONCLUSION: Los empleados consideran que para hacer un mejor trabajo se les debe de ser asignado los insumos necesarios para poder realizar su tarea.

7. Al comunicar que el equipo o sistema presenta problemas, ¿éste se resuelve de inmediato?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Conocer si los problemas que tienen los equipos se resuelven de inmediato.



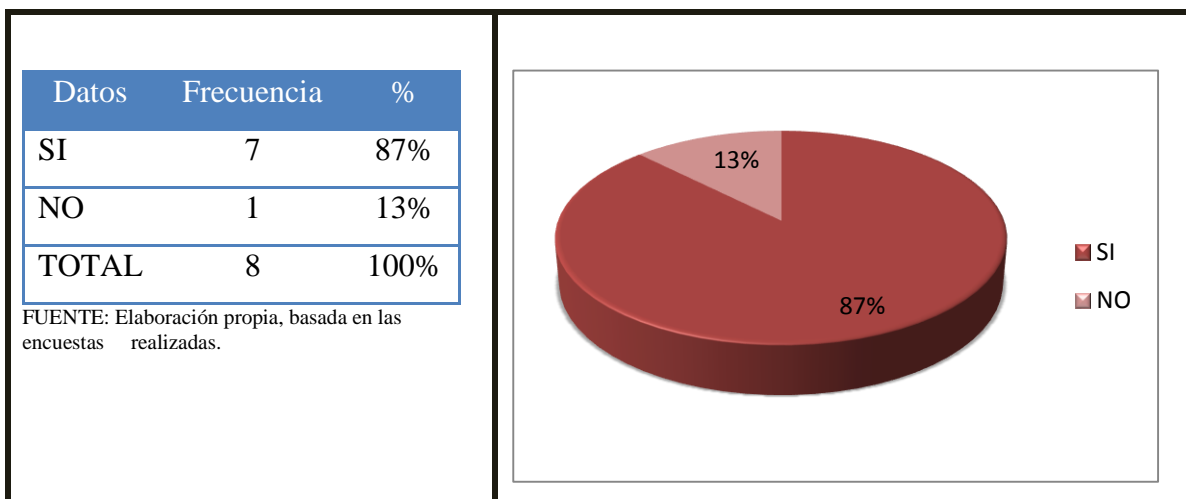
ANALISIS: Con la información recopilada de las encuestadas pasadas a los empleados un 37% dijo de que los problemas que tienen los equipos si se resuelven de inmediato, mientras que un 63% dijo de que los equipos no son arreglados de inmediato.

CONCLUSION: El personal del hospital manifiesta que los problemas que tienen sus equipos no son manifestados urgentes esto hace que su reparación no sea inmediata.

8. ¿Recibió capacitación para utilizar los programas con los que se relaciona?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

OBJETIVO: Conocer si el personal fue capacitado para utilizar los programas.



ANALISIS: Según la información obtenida el 87% de los empleados si recibieron capacitación para la utilización de los programas a utilizar en su área de trabajo, y un 13% dijo que no han recibido capacitación.

CONCLUSION: El personal que labora en el hospital considera que si recibieron capacitación esto hace que los empleados sean más eficaces a la hora de realizar su tarea asignada.

PAPELES DE TRABAJOS

Hoja 1 de 1

REF:	LC 1
Hecho Por	E.L.C
Revisado Por	M.A.R.R

Área Auditada: Departamento de Laboratorio Clínico.

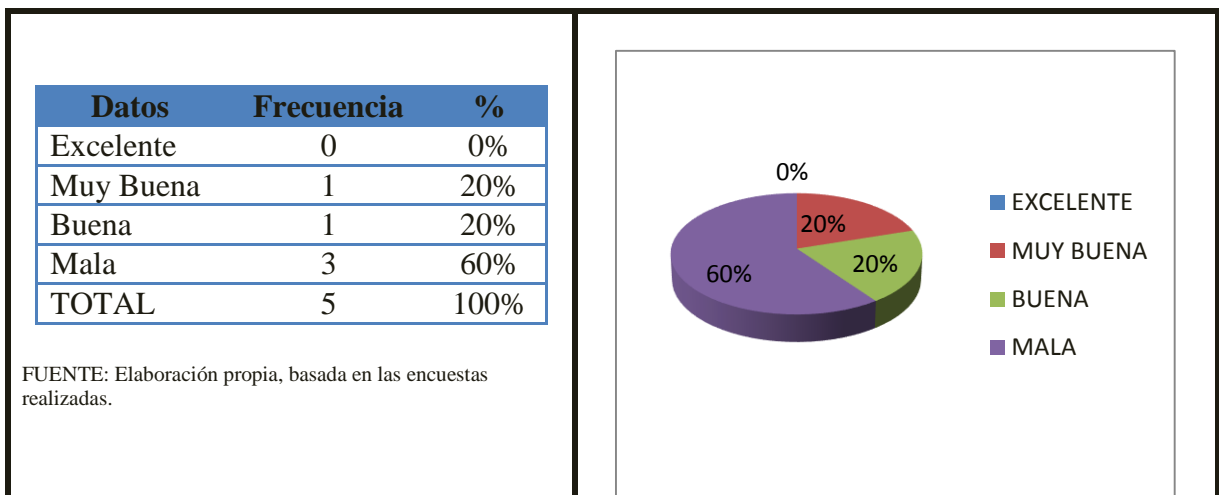
Periodo Auditado: Septiembre 2013

Cedula: Narrativa de Tabulación y representación gráfica de encuesta realizada a pacientes que realizan sus exámenes en el Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.

1. La atención recibida es:

EXCELENTE _____ MUY BUENA _____ BUENA _____ MALA _____

OBJETIVO: Conocer la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención brindada por los empleados del departamento de laboratorio clínico.



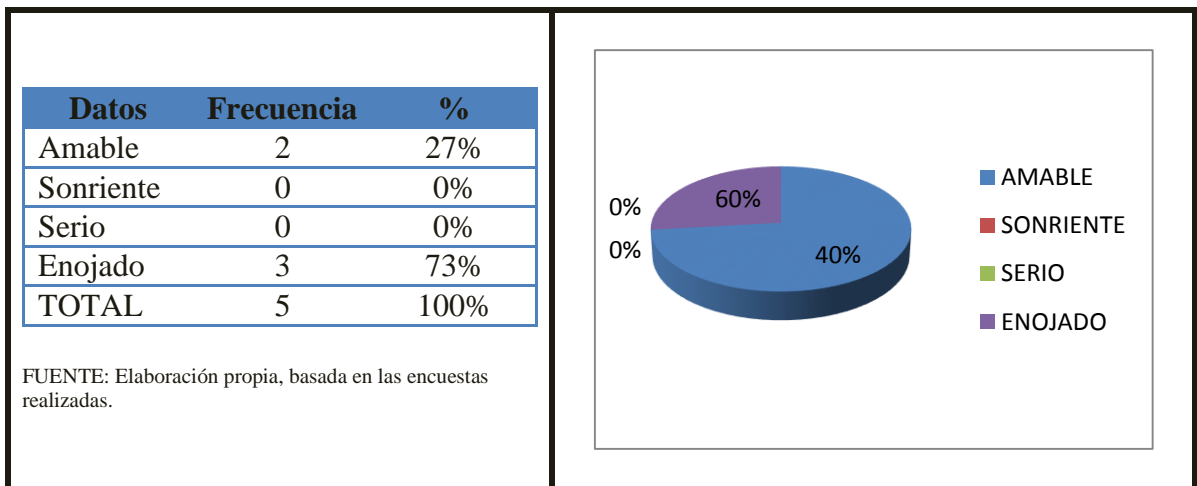
ANALISIS: De las cinco personas que se encuestaron sobre la atención recibida, el 20% contesto que es muy buena, otro 20% que es buena y un 60% que la atención por parte de los empleados hacia los pacientes es mala.

CONCLUSION: Los pacientes que llegan a consultas o a realizar sus exámenes consideran que la atención brindada por el personal es mala lo que ocasiona que los usuarios no se sientan a gusto.

2. Como considera el Personal:

AMABLE_____SONRIENTE_____ SERIO_____ ENOJADO_____

OBJETIVO: Conocer como los pacientes consideran al personal del departamento de laboratorio clínico.



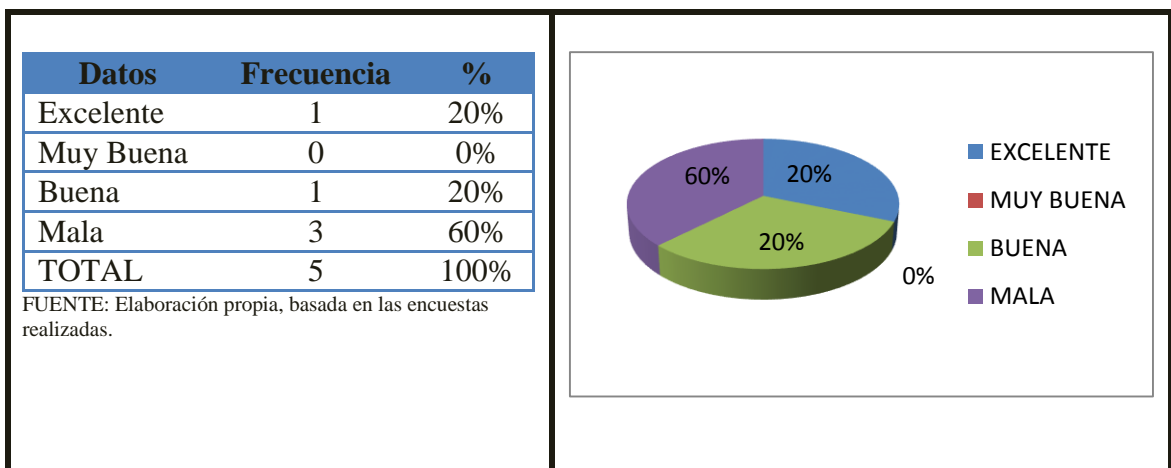
ANALISIS: De las cinco personas encuestadas sobre como considera a los empleados el 40% considera que los empleados son amables antes y durante la toma de muestras; mientras que el 60% consideran que estos son enojados.

CONCLUSION: Los usuarios del hospital consideran que el personal es muy enojado y que no los atienden como ellos se los merecen.

3. Como es la rapidez en la entrega de los resultados del laboratorio.

EXCELENTE _____ MUY BUENA _____ BUENA _____ MALA _____

OBJETIVO: Conocer la rapidez que tienen los empleados del laboratorio clínico en la entrega de los resultados de los exámenes.



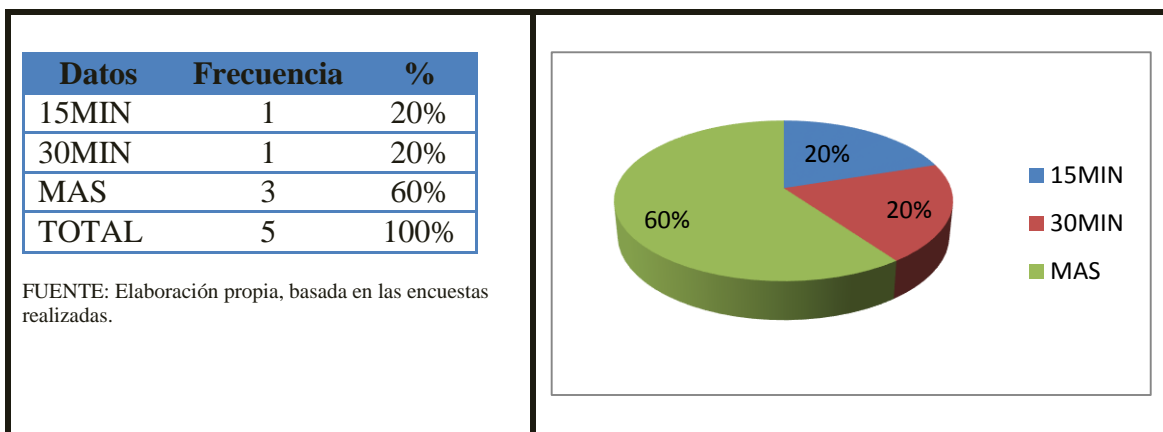
ANALISIS: De las cinco personas encuestadas sobre la rapidez en que son entregados los resultados el 20% considera que es excelente, un 20% considera que es buena; mientras que un 60% de los pacientes que llegan a retirar sus resultados consideran que la rapidez es mala.

CONCLUSION: Los pacientes que llegan a retirar sus exámenes consideran que la rapidez con que estos son entregados es mala ya que no son entregados el mismo día y su entrega es tardía.

4. Cuanto tiempo esperan para que les tomen las muestras.

15 MIN _____ 30MIN _____ MAS _____

OBJETIVO: Conocer el tiempo en que se tardan los pacientes en la sala de espera antes de que sean tomadas las muestras.



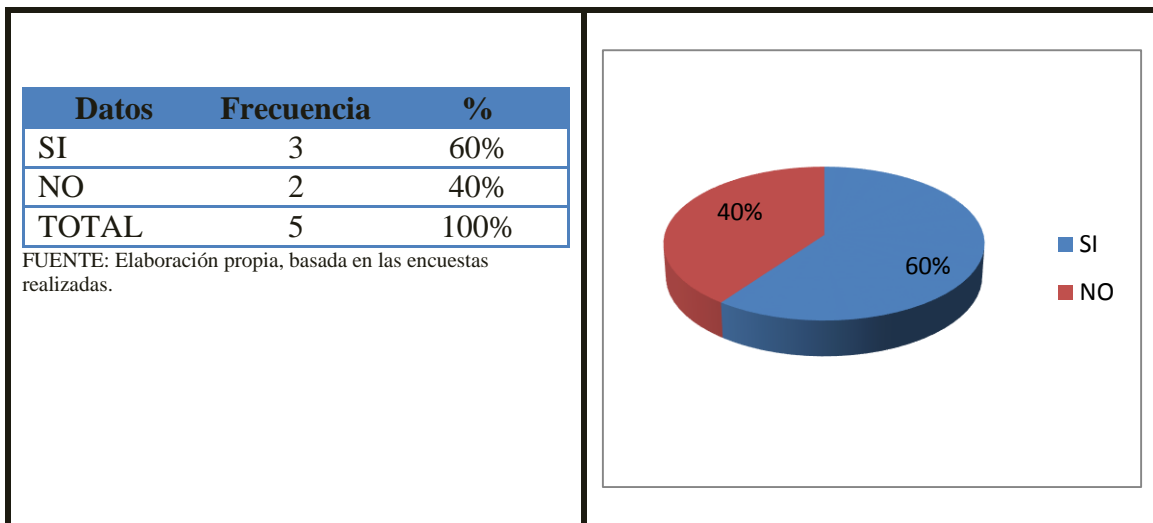
ANALISIS: De las cinco personas encuestadas sobre el tiempo de espera el 20% se tarda 15min, otro 20% se tarda 30min, y un 60% de los pacientes que llegan a que les tomen las muestras consideran que se tardan más de 30 minutos.

CONCLUSION: Los pacientes que llegan al hospital para realizarse sus exámenes en Laboratorio consideran que se tardan más de 30 minutos en la Sala de Espera, muchos se sienten incómodos y no les gusta la manera en que son atendidos por el personal.

5. Llevan un control de llegadas para pasar a realizarse los exámenes.

SI _____ NO _____

OBJETIVO: Conocer si en el departamento de laboratorio clínico llevan un control de llegadas de los pacientes.



ANALISIS: La información obtenida refleja que el 60% de los pacientes consideran que si hay un control de llegadas para pasar a realizarse los exámenes indicados, mientras que un 40% de estos dicen que no hay un control.

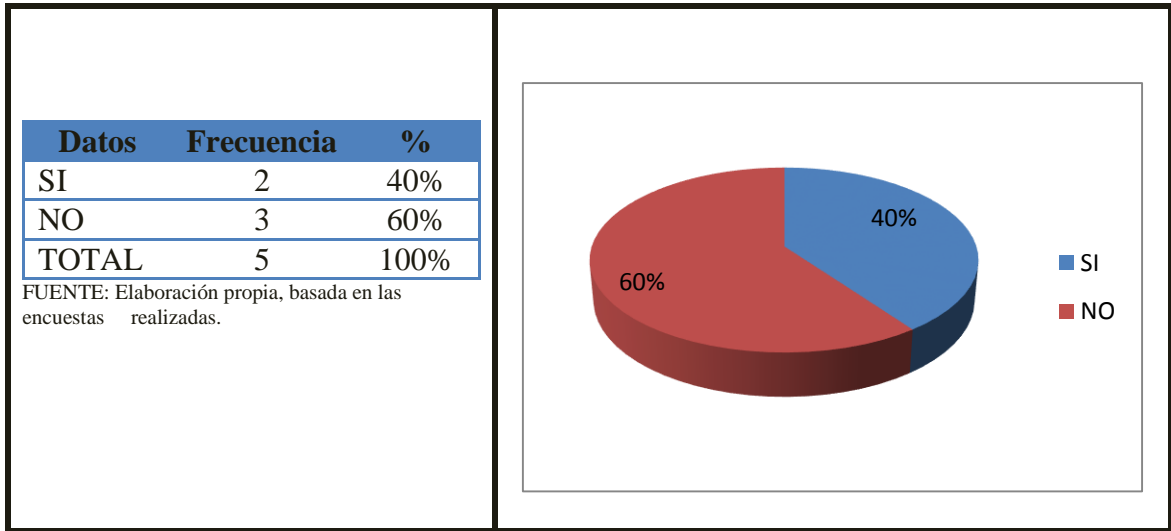
CONCLUSION: Los usuarios que llegan al hospital para que les tomen las muestras consideran que hay un control de llegadas para pasar a realizar sus exámenes, lo que les permite a que no se estén mucho en el lugar.

6. Respetan el orden de llegadas, según la lista tomada.

SI _____

NO _____

OBJETIVO: Conocer si la lista tomada por la secretaria del departamento de laboratorio clínico es respetada y los pacientes pasan según la lista.



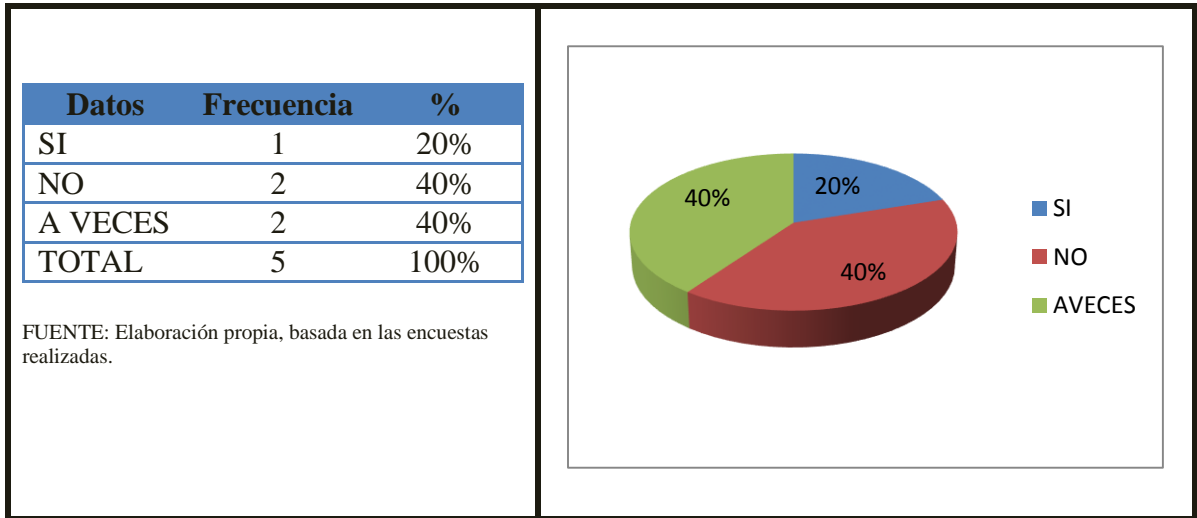
ANALISIS: Según la información obtenida por los pacientes, un 40% de estos consideran que la lista si es tomada, respetada y que pasan según esta, pero un 60% establece que dicha lista no es respetada.

CONCLUSION: Los paciente consideran que la lista tomada para pasar a realizarse sus exámenes no es respetada y que muchos pasan según la amistad que hay entre paciente y doctor o pasan las personas que se pongan más atentas.

7. En el caso de dudas o problemas en sus exámenes de laboratorio clínico se le ha atendido adecuadamente:

SI _____ NO _____ A VECES _____

OBJETIVO: Conocer si los empleados atienden a los pacientes cuando estos tienen dudas en sus exámenes.



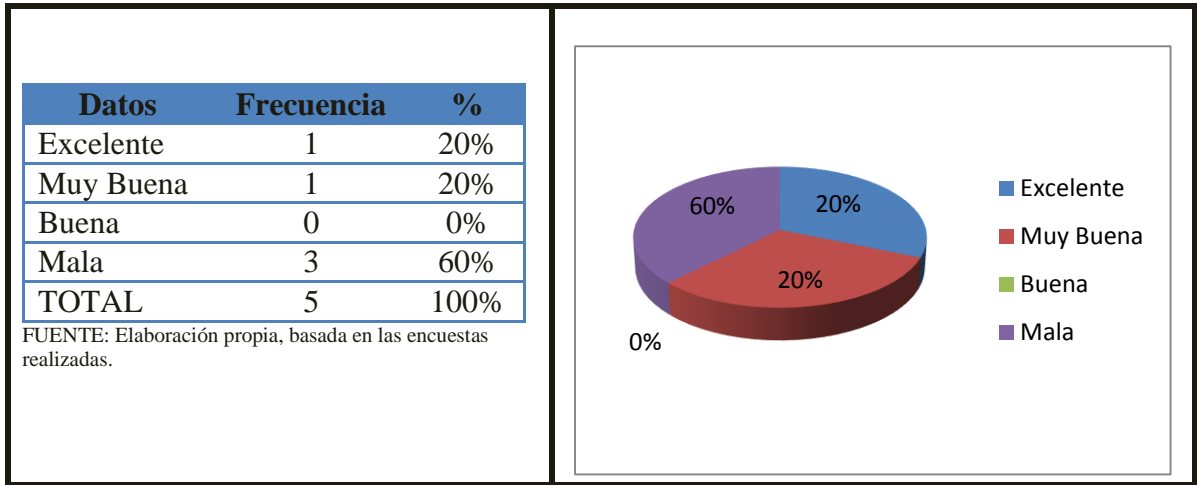
ANALISIS: Según la información obtenida de los pacientes encuestados un 20% dijo que si son atendidos adecuadamente, un 40% que no son atendidos y otro 40% considera que a veces son atendidos adecuadamente para poder aclarar las dudas que ellos tienen acerca de los exámenes.

CONCLUSION: Los pacientes que llegan a retirar sus exámenes tienen algunas dudas pero no son atendidos adecuadamente como ellos quieren y hay algunas veces en que si son atendidos pero no son bien aclaradas las dudas.

8. El horario de servicio del laboratorio clínico es.

EXCELENTE_____ MUY BUENA_____ BUENA____ MALA_____

OBJETIVO: Conocer si el horario de servicio del laboratorio clínico es el adecuado



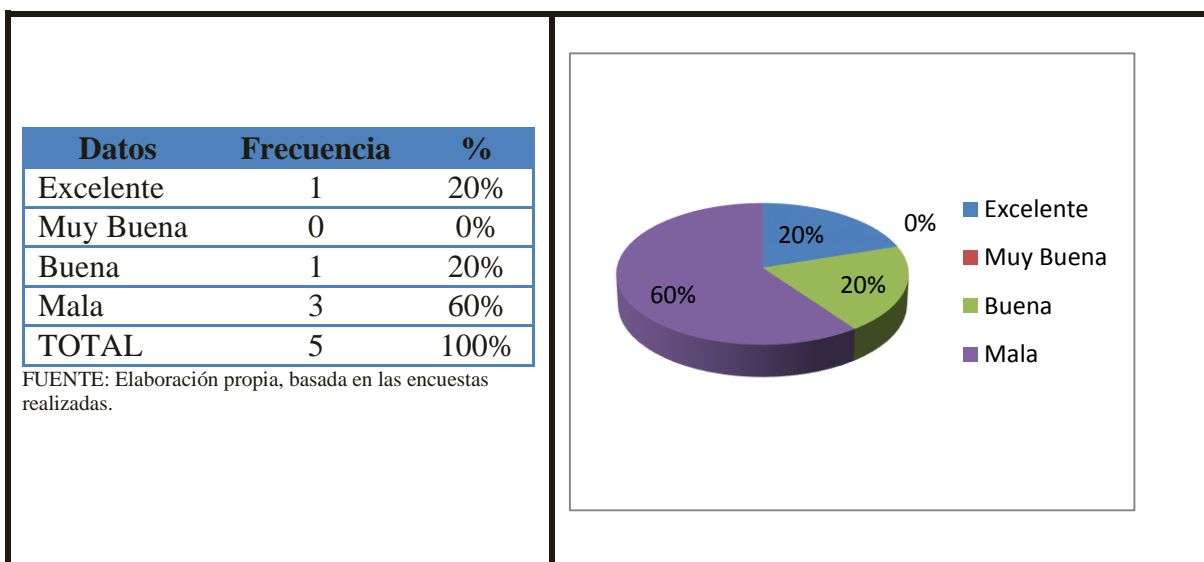
ANALISIS: En base a las respuestas obtenidas el 20% piensan que el horario es excelente, un 20% considera que es muy bueno, mientras que un 60% dijo que es horario de servicio es malo.

CONCLUSION: Los pacientes consideran que el horario de servicio que hay no es el adecuado y que es malo ya que no son atendidos todos.

9. La satisfacción por el servicio prestado en el Hospital es:

EXCELENTE _____ MUY BUENA _____ BUENA _____ MALA _____

OBJETIVO: Conocer la satisfacción que tienen los usuarios por el servicio prestado por el hospital.



ANALISIS: En base a la información obtenida por los pacientes el 20% dijo que el servicio prestado por el hospital es excelente, otro 20% dijo que es bueno, pero un 60% considera que es mala.

CONCLUSION: Los pacientes consideran que el servicio brindado por el hospital es malo ya que no son atendidos inmediatamente y tienen que esperar mucho para una consulta o para la realización de algún examen.

Nacional de Santa Rosa de Lima

Unidad de Auditoría de Gestión.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

REF:	LC 2
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: OFICINA ADMINISTRATIVA Y RECEPCION.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013


CEDULA: NARRATIVA SOBRE LAS ÓRDENES DE MUESTRAS DE CONSULTA EXTERNA.

Las ordenes que son enviadas por consulta externa si son realizadas en laboratorio. Los exámenes se le realizan en el laboratorio clínico dependiendo de cuando va hacer su consulta nuevamente con el doctor, la secretaria recibe el formulario de la orden del examen esta la revisa y le programa la fecha de cuando tiene que regresar; pero esta fecha es programada una semana antes de la consulta a su médico para que cuando sea el día de la consulta ya estén sus exámenes con el doctor o si el doctor es externo al hospital se lo proporcionan los exámenes al paciente un día antes de su cita. . Anexo n° 8

D



ANEXO N° 8 Formato de Orden para Exámenes de Laboratorio.

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA		
ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO		
 Nombre: _____ N° De expediente _____	Servicio _____ Edad _____	Fecha _____ Edad _____
<p align="center">QUÍMICA SANGÜNEA</p> <input type="checkbox"/> Glucosa en ayunas <input type="checkbox"/> Glucosa Post-prandial(2h) <input type="checkbox"/> Colesterol total <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Acido Úrico <input type="checkbox"/> Nitrogeno Ureico <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Transaminasa G:O <input type="checkbox"/> Transaminasa G:P <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina <input type="checkbox"/> Electrolitos <input type="checkbox"/> Creatinina	<p align="center">HEMATOLOGÍA</p> <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Hemocritos y hemoglobina <input type="checkbox"/> Leucogramas <input type="checkbox"/> Gota gruesa <input type="checkbox"/> Frotis de sangre periférica <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Reticulocitos <input type="checkbox"/> Eritrosedimentación <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> TPT <input type="checkbox"/> Tiempo de sangramiento <input type="checkbox"/> Tiempo de coagulación	<p align="center">COPROLOGÍA</p> <input type="checkbox"/> General de heces <input type="checkbox"/> Sangre oculta en heces
<p align="center">INMUNOHEMATOLOGÍA</p> <input type="checkbox"/> Tipo e Rh <input type="checkbox"/> Coombs Directo <input type="checkbox"/> Coombs Indirecto <input type="checkbox"/> Prueba cruzada <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo en Sangre	<p align="center">INMUNOLOGÍA</p> <input type="checkbox"/> V.D.R.L <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Proteína "C" reactiva <input type="checkbox"/> Antiestreptocócica O <input type="checkbox"/> Antígenos febriles <input type="checkbox"/> AC. Para dengue <input type="checkbox"/> AC. Hepatitis "B" <input type="checkbox"/> AC. Hepatitis "C" <input type="checkbox"/> Factor Reumatoideo	<p align="center">UROLOGÍA</p> <input type="checkbox"/> General de orina <input type="checkbox"/> Proteínas en orina <input type="checkbox"/> Gravindex
		<p align="center">OTROS</p> <p align="right">FIRMA & SELLO</p>

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: CUBICULO DE TOMA MUESTRA.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA PROCEDIMIENTO DE PREPARACION Y ENVIO DE MUESTRAS.

REF:	LC 3
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R.

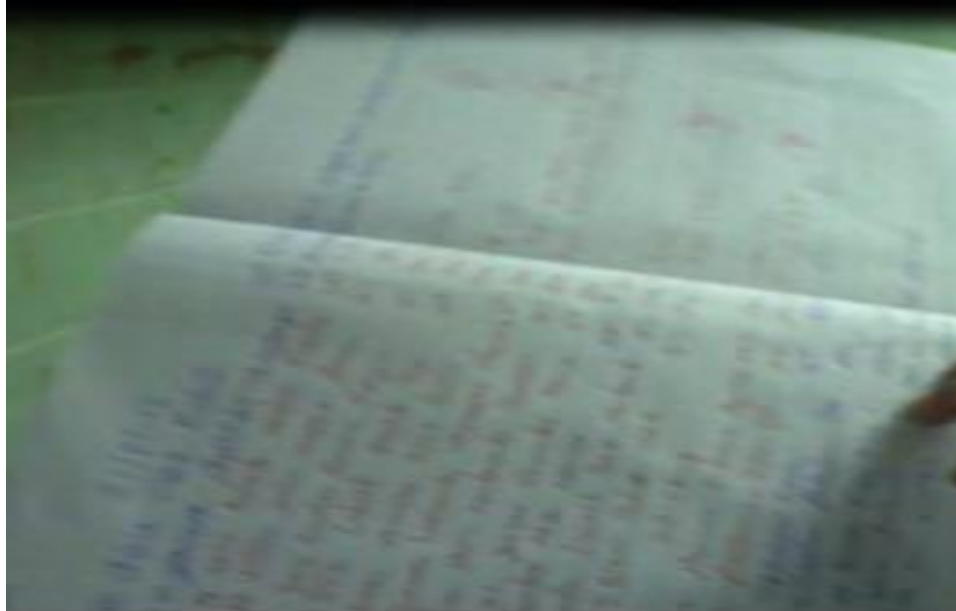
El procedimiento de la preparación y envío es según por cada área, es decir en el área de consulta externa los pacientes tienen que llegar al laboratorio según la cita que le hayan dado para poder realizarse el examen. Anexo n° 9

En cambio los de hospitalización (mujeres, hombres y pediatría) es diferente el procedimiento, por que el doctor da la orden que examen necesita para cada paciente. La enfermera se encarga de tomar la muestra y trasladarlo al laboratorio en un recipiente especial que tienen para trasportar las muestras. Al llegar al laboratorio el doctor o jefe de departamento firma la hoja de envío de muestras como recibido. Y se procede a analizar la toma de las muestras. Anexo n° 10

—
D
—

—  —

ANEXO N° 10 Muestras de Pacientes Hospitalizados



Libro de Firmas de recibido por el Jefe de Laboratorio de las Muestras de Pacientes Hospitalizados.



Recipiente Especial para ser Trasladas las Muestras de los Pacientes Hospitalizados.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: CUBICULO DE TOMA MUESTRA.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA SOBRE LA SEPARACION DE MUESTRAS Y TIEMPOS DE ENVIO.

REF:	LC 3-1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

En la separación de las muestras en el laboratorio se hace de la manera correcta porque se separan por tipo de examen que se hace y como manera de control o de separación se hace en unos tubos con tapa morada son utilizados para los exámenes hematológicos, y los del tapón rojo son los exámenes de química, y para los de orina y heces son botes diferentes para cada uno con tamaños diferentes. Los más grandes son para orina y los más pequeños para heces. [Anexo nº 11](#)

Y en cuanto a la documentación se lleva de la manera adecuada porque se toma con todos los datos generales del paciente y el tipo de examen que se requiere.

Para los tiempos de envío se respetan porque para los de hospitalización el máximo de tiempo en cuanto a los resultados es de 3 horas, para los de consulta externa es de 3 días para que los pacientes puedan retirar sus respuestas de los análisis, y para los pacientes que llegan de otras unidades de salud son de 5 días.

—
D
—

—

—

ANEXO N° 11 Separación de Muestras de los Pacientes Hospitalizados.



Separación de Muestras de exámenes la contenidas en el tubo morado son para hematológicos, tapón roja para química y los de orina o heces son los botes tapón blanco.



PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: LABORATORIO CLINICO.

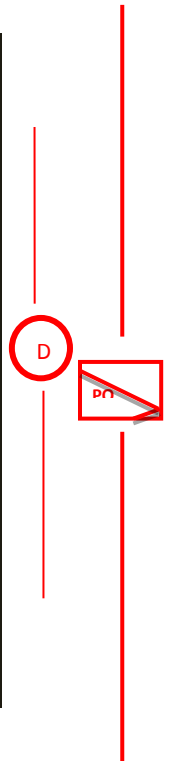
SECCION: ALMACEN.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL ALMACEN.

REF:	LC 4
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

El Hospital tienen una sola bodega general para el almacenaje de los insumos, reactivos, materiales, y todo a lo que se utiliza en el hospital. Por lo tanto se tiene un estricto cuidado en donde se almacena cada producto que se distribuirá para cada departamento. Ya que cada departamento se encarga de hacer las requisiciones necesarias que se utilizaran cada mes, mediante fichas de inventario, las cuales contienen fecha de solicitud del inventario, el nombre del departamento que lo está solicitando, el código del producto, la descripción del producto las cantidades solicitada y la cantidad despachada, el lote del producto, la fecha de vencimiento, el costo unitario y el costo total. Porque esto les ayuda al departamento a tener el control de cada producto que recibe de bodega general. Anexo nº 12



PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: ALMACEN.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE TIENE EL PERSONAL.

REF:	LC 4-1
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

El personal si tiene conocimiento sobre el mantenimiento preventivo que se le da a los materiales y reactivos a utilizar dentro del departamento. Ya que a la hora de recibir los productos que se requieren de almacén o bodega general los reactivos son guardados en refrigeración porque si no se deterioran y no funcionan.

Y en cuanto a los materiales en la utilización de ellos lo hacen de la manera correcta porque a la hora de tomar las muestras si son desechables se botan excepto los tapones que se esterilizan lavándolos con legía. Y si son de vidrio son esterilizados para poder utilizarlos nuevamente. Y prevenir el paso de bacterias. Anexo nº 13

D



ANEXO N° 13 Mantenimiento preventivo para los Materiales Utilizados en las Muestras.



Calefacción para la esterilización de los materiales de vidrios utilizados en muestras.



Materiales desechables como los son los esterilizados para poder utilizarse de



Taponos de los tubos que son Nuevo.

PAPELES DE TRABAJO

Hoja 1 de 1

AREA: LABORATORIO CLINICO.

SECCION: SECCIONES DE LABORATORIO.

PERIODO: JUNIO /OCTUBRE 2013

CEDULA: NARRATIVA DE LAS PRUEBAS QUE SE REALIZAN
HEMATOLOGIA, QUIMICA CLINICA Y MICROBIOLOGIA.

REF:	LC 5
Hecho Por	Y.Y.R.M
Revisado Por	M.A.R.R

En las pruebas de **Hematología** se realizan pruebas de coagulación, pruebas de contabilidad sanguínea y morfología.

Química Clínica: Aquí se realizan análisis que se clasifican de la siguiente forma: Química sanguínea de rutina, exámenes generales de orina y determinación de reserva electrolítica y bióxido de carbono en la sangre

Microbiología: Las diversa labores que se realizan aquí pueden clasificarse en la siguiente forma:

Copro-parasitología: en esta se investiga la presencia de parásitos en materias fecales.

Bacteriología: Consiste en examinar directa o indirectamente la presencia o actividad de organismos microscópicos en sangre, orina, materia fecal, jugo gástrico y exudados orgánicos.

Inmunología: Realiza pruebas sobre los anticuerpos que revelan la presencia y actividad de microorganismos en el cuerpo humano.

Para la realización de todas estas pruebas se debe de tener el área de preparación de medios de cultivo, que por sí sola se define, además, la zona de lavado y esterilización de materiales.

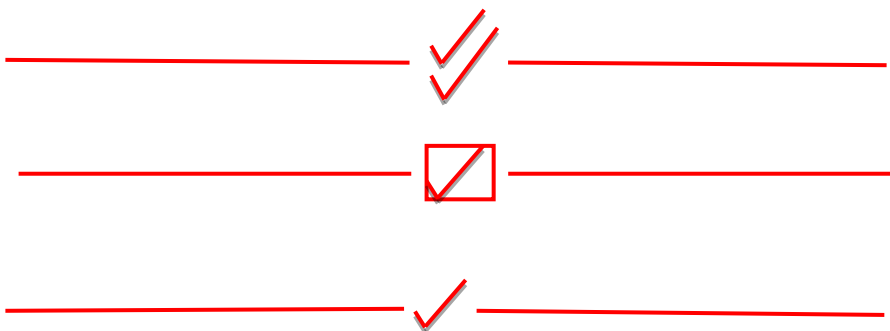
D

Algunos de los riesgos que se presentan en elaboración de estas pruebas es en exposición a patógenos presentes en sangre mientras manipulan muestras contaminadas como sangre o fluidos corporales (ejemplo: líquido cerebroespinal, y semen).

Así mismo en la exposición a tuberculosis al trabajar con especímenes que puedan contener tuberculosis. Otros fluidos que pueden ser fuentes potenciales de tuberculosis son esputo, líquido cerebro raquídeo en la orina, y líquidos recolectados de lavado gástrico o branquial.

También en la exposición a formal debido que es utilizado como fijador y que se encuentra comúnmente en la mayoría de laboratorios y morgue.

Riesgos químicos. Exposición a solventes utilizados para fijar tejidos de especímenes y remover manchas. Se encuentran principalmente en las áreas de histología, hematología, microbiología y citología.



DR. ENRIQUE OVIDIO VILLATORO PAZ

DIRECTOR. HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA

PRESENTE.

1. INTRODUCCION

En cumplimiento al Plan Anual de Trabajo del año 2013, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, se realizó evaluación a la gestión de los Departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico durante el período comprendido del 01 de Junio al 09 de octubre de 2013.

Realizamos la Auditoria con base a Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República, verificando el cumplimiento de leyes, decretos, reglamentos y otras disposiciones legales aplicables, con la finalidad de evaluar la gestión del Hospital.

Este informe contiene los objetivos y alcance de la Auditoría, los principales logros y realizaciones, los resultados de la auditoria, y la conclusión sobre la gestión del Hospital para el período examinado.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORIA

2.1 OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA.

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una evaluación constructiva y objetiva al proceso de gestión del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, con el fin de determinar el

grado de eficiencia, eficacia, efectividad, con que se manejan los recursos físico, técnicos, tecnológicos y su talento humano, los resultados obtenidos de su plan de gestión, programas, proyectos, objetivos, metas, políticas y lo adecuado de sus sistemas de información.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar y evaluar el cumplimiento de los planes y si éstos se han implementado teniendo en cuenta: Las leyes, decretos, instructivos, convenios, resoluciones, circulares, políticas y normas internas.
2. Examinar la existencia de un sistema integrado de control de resultados, que garantice permanentemente el cumplimiento de las estrategias, objetivos y metas acordados en su proceso administrativo.
3. Verificar si la entidad ha involucrado dentro de su proceso administrativo, los elementos que conforman la arquitectura organizacional y si se cumple de manera razonable dichos elementos, como son: la concepción filosófica de la entidad, Ideas rectoras (visión, misión, principios, valores y políticas), el desarrollo de teorías, métodos y herramientas, innovación en infraestructura y su estructura organizacional.

2.1.3 ALCANCE DE LA AUDITORIA

Evaluar la gestión administrativa y operativa de los Departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, verificando, examinando y reportando sobre el

cumplimiento de sus objetivos y metas, la conformidad legal sobre su función social y el cumplimiento de los derechos de los usuarios en la prestación de los servicios de salud por el periodo comprendido del 01 de junio al 09 de octubre del año 2013.

SERVICIOS QUE PRESTA EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y LABORATORIO CLINICO.

- *Departamento de Recursos Humanos*
 - Reclutamiento y selección
 - Contratación e inducción
 - Entrenamiento y capacitación
 - Evaluación de desempeño
 - Retribuciones y prestaciones

- *Departamento de Laboratorio Clínico*
 - Sala de Espera de Público
 - Oficina Administrativa y Recepción
 - Cubículo de Toma de Muestras
 - Almacén
 - Secciones de Laboratorio
 - Hematología
 - Química Clínica
 - Microbiología

3. RESULTADOS OBTENIDOS

En nuestra opinión, la gestión en los Departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico, en todos los aspectos significativos, sobre la eficacia, eficiencia y economía del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima del 01 de Junio al 09 de octubre de 2013, de los resultados de sus operaciones y de los recursos obtenidos y aplicados durante el período comprendido de evaluación terminado en dicha fecha, y contienen la información necesaria y suficiente para su interpretación y comprensión adecuada, de conformidad con principios y normas de contabilidad generalmente aceptados que guardan uniformidad con los aplicados en el ejercicio anterior.

4. CONCLUSIÓN GENERAL.

Como resultado de la Auditoría de Gestión practicada al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, se concluye que no existen situaciones, en las cuales se identificaron deficiencias.

Este informe se refiere Auditoría de Gestión de los Departamentos de Recursos Humanos y Laboratorio Clínico del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión por el periodo comprendido del 01 de Junio al 09 de Octubre del 2013 y se ha elaborado para comunicar al Director del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión.

San Miguel, 15 de Octubre de 2013.

F: _____

Maritza Aracely Rivera Rivera

Socio

GLOSARIO

Auditoria: Es el examen integral o parcial de una organización con el propósito de precisar su nivel de desempeño y oportunidades de mejora.

Gestión: Es un proceso de coordinación de los recursos disponibles que se lleva a cabo para establecer y alcanzar objetivos y metas precisos.

Auditoría de Gestión: Es el examen y evaluación de la gestión realizada por una entidad para determinar la eficiencia, efectividad y economía sobre el uso de los recursos públicos, así como el desempeño de los servidores públicos, respecto al cumplimiento de las metas programadas y el grado con que se están logrando los resultados o beneficios previstos. Como resultado de esta auditoría no se expresa opinión, solamente se elaboran conclusiones y recomendaciones orientadas a mejorar la gestión de la entidad auditada.

Eficacia: Es el grado de cumplimiento de una meta, la que puede estar expresada en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc.

Eficiencia: Se refiere a la relación entre los bienes o servicios producidos y los recursos utilizados para producirlos.

Economía: Consiste en evaluar si los resultados se están obteniendo a los costos alternativos más bajos posibles.

Riesgo de Control: Que es aquel que existe y que se propicia por falta de control de las actividades de la empresa y puede generar deficiencias del sistema de control interno.

Riesgo de Detección: Es aquel que se asume por parte de los auditores que en su revisión no detectan deficiencias en el sistema de control interno.

Riesgos Inherentes: Son aquellos que se presentan inherentes a las características del sistema de control interno.

Indicador: Es un punto de estadística simple o compuesta que refleja algún rasgo importante de un sistema dentro de un contexto de interpretación.

Indicador de Eficacia: Son aquellos que evalúan la relación entre la salida del sistema y el valor esperado (meta) del sistema.

Indicador de Eficiencia: Son aquellos que evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los procesos o actividades del sistema.

Programa de Auditoria: Es el procedimiento a seguir, en el examen a realizarse, el mismo que es planeado y elaborado con anticipación y debe ser contenido flexible, sencillo y conciso, de tal manera que los procedimientos empleados en cada auditoria estén de acuerdo con las circunstancias del examen.

Papeles de Trabajo: Son un conjunto de cédulas, documentos y medios magnéticos elaborados u obtenidos por el auditor de la aplicación de las técnicas, procedimientos y prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

Hallazgos: Son el resultado de la evaluación de las evidencias recaudadas durante la auditoria, frente a los criterios de la misma, entendiéndose como evidencia el comprendido de registros como: documentos, archivos, declaraciones de hechos o cualquier información relevante encontrada por el grupo de auditor.

BIBLIOGRAFIA

- Auditoría un Enfoque Integral, décima edición
- “Evolución de la Auditoría”, La revista del empresario cubano, ARMADA, Travas Elvira, Cuba 2006
- Auditoría Administrativa, FRANKLIN, Enrique B , Editorial McGraw Hill, México 2000
- Gestión del Talento Humano, Chiavenato, Idalberto. 1º Edición, México Mc Graw Hill Colombia, 2002
- Historia de la medicina en el salvador, Carlos Infante Meyer, imagine consultores S.A de C.V. 1ª edición, México 1934
- Manual de Organización y Funciones, Hospital Santa Rosa de Lima 2012
- Administración de Personal y Recursos Humanos. Werther, WB , 3º Edición, México Mc Graw Hill Interamericana, 1992
- Auditoría Administrativa, Evaluación de los Métodos y Eficiencia administrativa, WILLIAMS, Leonard P., Ediciones Diana, México 1989,
- La Auditoría Administrativa, FERNÁNDEZ Arenas, José , Ediciones Diana, México 1985
- Auditoría de Gestión, MALDONADO, Milton, Tercera Edición, Quito 2006
- Manual Específico de Auditoría de Gestión, CUBERO Abril, Teodoro, Unidad de Auditoría Interna, Ilustre Municipio de Cuenca 2009,
- Auditoría de Gestión, GRAIG-COOPER, Michael., Ediciones Folio España, Madrid 1994.
- Manual de auditoria de gubernamental, Corte de Cuentas, El Salvador 2012.
- Ley Reguladora Del Ejercicio De La Contaduría Pública Y Auditoria.
- Código De Ética, El Salvador 2012
- Normas De Auditoría Generalmente Aceptadas (Naga’s)

- Normas Internacionales De Auditoria (Nia's).
- Normas De Auditoria Gubernamental
- Código De Salud, El Salvador 2012
- Ley Del Servicio Civil, El Salvador 2012
- Reglamento General De Hospitales Del Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, El Salvador 2012
- Ley De Asuetos, Vacaciones Y Licencias De Los Empleados Públicos, El Salvador 2012
- Junta De Vigilancia De La Profesión De Laboratorio Clínico, El Salvador 2012

ANEXOS

ANEXO N° 14

ENTREVISTA DE EVALUACION PRELIMINAR

OBJETIVO: Conocer y atender a nuestros clientes mediante la recopilación de información para el mejoramiento de los procesos operativos que realizan y el desarrollo eficaz de nuestro trabajo.

INDICACIONES: Haga un comentario breve si requiere amplié su respuesta. Esta entrevista deberá ser contestada por el personal que conozca de manera general cada área del Hospital.

1. ¿Cuál es el nombre completo del Hospital?
2. ¿A qué fecha se remonta la constitución del Hospital?
3. ¿Cuál es la ubicación del Hospital?
4. ¿Cuál es la extensión territorial?
5. ¿Quién es el Jefe o Director del Hospital?
6. ¿En qué fecha fue nombrado el Director del Hospital?
7. ¿Qué título ostenta el Director del Hospital?
8. ¿Qué requisitos debe cumplir un aspirante a Director de un Hospital?
9. ¿Cuenta con organigrama? ¿Cuál es la estructura del organigrama?

10. ¿En caso de no encontrarse el Director del Hospital quien es la persona que toma interinamente esa función?
11. ¿Cada cuánto tiempo se reúne el personal del Hospital con el Director?
12. ¿Cuántas áreas o departamentos tiene el Hospital?
13. ¿Cuántos trabajadores hay en cada área?
14. ¿El personal que labora en cada área es especialista en cada una de las funciones que realiza? ¿Qué título ostentan?
15. ¿Cuáles son los requisitos para la contratación de personal?
16. ¿Qué funciones desempeñan los trabajadores en cada área?
17. ¿Cuáles son los horarios en que laboran?
18. ¿Cuáles son los días Laborables?
19. ¿Qué tipo de turnos tiene?
20. ¿De cuantas horas es cada turno para los empleados?
21. ¿Cuál es el control de asistencia que manejan y quien lleva este control?
22. ¿Quién es la autoridad superior de que depende el Hospital?

23. ¿Qué tipos de controles llevan Manuales ò Mecanizados?
24. ¿Qué tipo de equipo o maquinaria poseen en el Hospital?
25. ¿Cuál es el estado en que se encuentran dichos equipos y cada cuanto tiempo se les da mantenimiento?
26. ¿Cuándo hay desperfectos en un equipo cual es el proceso para poder hacer las reparaciones?
27. ¿Quién es el encargado de llevar el inventario?
28. ¿Quién elabora el plan de compras anual?
29. ¿Quiénes son los principales proveedores?
30. ¿Cuáles son los parámetros que utilizan para realizar el plan de compras?
31. ¿Quién autoriza la compra de los medicamentos o aparatos requeridos en el plan de compras?
32. ¿Cuánto tiempo se tardan para aprobar el plan de compras y enviar lo requerido al Hospital?
33. ¿Se lleva un control de los requerimientos de inventario?
34. ¿Qué clase de actividades realiza el Hospital para obtener beneficios económicos?
35. ¿Cuál de estas actividades le genera mayor rentabilidad y porque?

36. ¿A cuánto ascienden los ingresos anuales que genera el Hospital?
37. ¿A quién se le rinde cuenta de los ingresos obtenidos por el Hospital?
38. ¿Con cuántos vehículos cuenta el Hospital?
39. ¿Cuál es el proceso de abastecimiento de combustible?
40. ¿Considera que hay necesidades en el Hospital indique cuáles?
41. ¿Qué área es la que representa más riesgo?
42. ¿Cuál es el marco normativo que posee el Hospital?
43. ¿El Hospital diseña los documentos que utiliza para realizar las diferentes gestiones o existen formatos que se les proporcionan?
44. ¿Cuentan con normas de higiene en el manejo de los activos?
45. ¿Cuentan con supervisión del Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio de Salud?
46. ¿Qué área considera que requiere mayor atención por estas entidades y porque?
47. ¿Ha habido accidentes de trabajos en las labores realizadas en el Hospital? ¿De qué manera se ha procedido?
48. ¿Poseen Auditoría Interna?

ANEXO N° 15

CUESTIONARIO PRELIMINAR AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

1. ¿Cuáles son los objetivos principales del departamento de recursos humanos?
2. ¿Cómo reclutan a las diferentes categorías de empleados y cuál es el tiempo medio para cubrir un puesto?
3. ¿Cuáles son las leyes, códigos y reglamentos vigentes que regulan el funcionamiento del hospital?
4. Aparte de las prestaciones obligatorias por ley, ¿qué otras prestaciones ofrece a los empleados?
5. ¿Qué tipos de empleados poseen en el hospital o como están clasificados según la ley o las prestaciones laborales que cada uno recibe?
6. ¿Cuáles son los métodos que se utilizan para la evaluación del personal?
7. ¿Cómo es el proceso de inducción que recibe el personal nuevo que ingresa a la institución?
8. ¿Está capacitado el personal para realizar con eficiencia sus funciones?
9. ¿Cuál es el plan de capacitación al personal implementado por la institución?
10. ¿Qué mecanismos de control conoce, para el cumplimiento de las funciones del personal en sus áreas de trabajo?

11. ¿Con qué criterios se establece la segregación de funciones en el manual con que cuenta la institución?
12. ¿Cree usted, que están delimitadas claramente las responsabilidades que deben asumir los trabajadores de acuerdo a sus funciones?
13. ¿Cuáles son las disposiciones legales para establecerles las vacaciones a los empleados?
14. Que políticas y de la empresa respecto de la prevención de accidentes y de las enfermedades laborales? ¿está satisfecho con los sistemas actuales que emplean?
15. Cuantos empleados posee en cada área o departamento del hospital y qué clase de personal hay en cada área o departamento.

Personas Entrevistadas

F. _____

F. _____

ANEXO N° 16

CUESTIONARIO PRELIMINAR AL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CLINICO

1. ¿Qué es lo que se realiza en un Laboratorio Clínico?
2. ¿Cuál es el aspecto más importante en el proceso de análisis clínico?
3. ¿Qué riesgos se corren en el Laboratorio Clínico?
4. ¿Cuáles son los pasos a seguir en el Laboratorio Clínico?
5. ¿Cuáles son los tipos de materiales utilizados en el Laboratorio?
6. ¿Qué cuidados se deben tener en los materiales utilizados en el Laboratorio?
7. ¿Para el mejor aprovechamiento de los recursos, como cree que debe ser el manejo de los inventarios?
8. ¿Qué métodos contables de manejo de inventarios conoce, que se llevan a cabo para el manejo de las existencias de almacén?
9. ¿Conoce usted, los controles de abastecimiento de provisiones y materiales establecidos en la institución?
10. Cuanto es el personal asignado para Laboratorio Clínico?
11. El personal asignado al Laboratorio Clínico es permanente

12. Que horarios o tiempos rotativos tienen los empleados del laboratorio clínico.

13. A qué áreas le es de apoyo el Laboratorio Clínico.

14. Cuantos pacientes aproximadamente atienden por día en el laboratorio clínico.

15. Que procedimientos se utilizan para la atención de los pacientes de emergencia.

Personas Entrevistadas

F. _____

F. _____

ANEXO N° 17



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS
SECCION DE CONTADURIA PÚBLICA**

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

Este documento ha sido preparado para conocer las percepciones del personal que trabaja en las departamentos de estudio abarcadas en Desarrollo de una Auditoria de Gestión en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, 2013.

OBJETIVOS:

- Obtener la información necesaria para elaborar el Desarrollo de una Auditoria de Gestión en los Departamentos de Laboratorio Clínico y Recursos Humanos, del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima
- Conocer las percepciones de los jefes de las distintas Áreas Administrativas, existentes en la Institución.

INDICACIONES: Marque con una “X” la respuesta que considere correctas.

1. ¿Conoce usted el concepto de Auditoría de Gestión?

Si

No

2. Según la auditoría de gestión realizada en periodos pasados por la Corte de Cuentas ¿considera usted que se ha desarrollado de la manera adecuada la fase de planificación?

Si

No

3. Al realizar la auditoria en la fase de ejecución los auditores encargados no interrumpen las labores en los diferentes departamentos o áreas del hospital.
Si No
4. El informe de auditoría es tomado en cuenta para corregir las fallas mencionadas en él y evitar que se vuelvan a presentar.
Si No
5. ¿Existen controles internos establecidos por la Dirección que son del conocimiento de todos?
Si No
6. Los mecanismos o controles proporcionados por la dirección ayudan a obtener mayor eficiencia en el desarrollo de las actividades.
Si No No Sabe
7. Según la pregunta anterior estos mecanismos y controles también son de ayuda para obtener mayor eficacia para el desarrollo de las actividades.
Si No No Sabe
8. Si proporcionando este tipo de mecanismos y controles por la alta dirección se logra obtener mayor eficacia y eficiencia, ¿considera usted que también es una manera de obtener beneficios económicos?
Si No No Sabe
9. Considera usted que la auditoría de gestión es una manera de obtener un control de calidad adecuado, dentro del Laboratorio Clínico.
Si No
10. Cree usted que en el Laboratorio Clínico se cumplen con todas las normas establecidas por el hospital o el ministerio de salud
Todas Algunas Ninguna
11. Como considera la productividad del recurso humano dentro del laboratorio clínico.
Alta Media Baja

12. ¿cada cuánto tiempo son realizadas las compras de los insumos utilizadas en el laboratorio clínico?

Diario Semanal Mensual
Anual Según Necesidad No Sabe

13. Existe dentro del departamento de Laboratorio Clínico un tipo de control en cuanto al mantenimiento de los equipos.

Si No No Sabe

14. ¿Cree usted que el clima laboral que se les proporciona a los recursos humanos es adecuado?

Si No No Sabe

15. Existen políticas de promociones e incentivos para los Recursos Humanos en el hospital.

Si No

16. Existen políticas de selección y formación de los recursos humanos en el hospital.

Si No

17. Cuenta el hospital con un manual de funciones el cual se describan los puestos de los recursos humanos así como las tareas que corresponden a cada uno.

Si No

18. ¿Considera usted que al capacitar a los recursos humanos y al proporcionar más recursos materiales, existiría una mejor calidad en los servicios que se prestan en el hospital?

Si No

19. Con respecto a la pregunta anterior ¿considera usted que también se obtendría una mayor productividad?

Si No

20. ¿Cree usted que al brindarles incentivos a los recursos humanos se obtendría mejor servicio?

Si No

ANEXO N° 18

**HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA
CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE USUARIOS DE RECURSOS
HUMANOS**

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción que genera el mobiliario y Equipo de trabajo, al personal de Recursos Humanos.

Indicaciones: Por favor marque con una “X” confirmando su respuesta.

9. ¿Se siente cómodo con su equipo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

10. ¿El mueble donde se encuentra su equipo es el más idóneo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

11. ¿La silla que posee es ergonómica?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

12. ¿Se siente a gusto con el espacio físico del lugar de trabajo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

13. ¿Se siente bien con la temperatura programada del aire acondicionado?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

14. ¿Le proporcionan los insumos que necesita para realizar su trabajo?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

15. Al comunicar que el equipo o sistema presenta problemas, ¿éste se resuelve de inmediato?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

16. ¿Recibió capacitación para utilizar los programas con los que se relaciona?

SI _____ NO _____ OBSERVACION _____

Alguna sugerencia o recomendación para mejorar:

ANEXO N° 19

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE USUARIOS

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción que genera el servicio de Laboratorio Clínico a los usuarios o pacientes que lo requieren.

Indicaciones: Por favor marque con una “X” confirmando su respuesta.

9. La atención recibida es:

EXCELENTE_____ MUY BUENA_____ BUENA_____ MALA_____

10. Como considera el Personal:

AMABLE____SONRIENTE_____ SERIO_____ ENOJADO_____

11. Como es la rapidez en la entrega de los resultados de los laboratorios:

EXCELENTE_____ MUY BUENA_____ BUENA_____ MALA_____

12. Cuanto tiempo esperan para que les tomen las muestras.

15MIN_____ 30MIN_____ MAS_____

13. Llevan un control de llegadas para pasar a realizarse los exámenes.

SI _____ NO _____

14. Respetan el orden de llegadas, según la lista tomada.

SI _____ NO _____

15. En el caso de dudas o problemas en sus exámenes de laboratorio clínico se le ha atendido adecuadamente:

SI _____ NO _____ AVECES _____

16. El horario de servicio del Laboratorio Clínico es:

EXCELENTE _____ MUY BUENA _____ BUENA _____ MALA _____

17. La satisfacción por el servicio prestado en el Hospital es:

EXCELENTE _____ MUY BUENA _____ BUENA _____ MALA _____

Alguna sugerencia o recomendación para mejorar:
